



» Eliane Regina Pereira
(Organizadora)

Saúde Mental: um Campo em Construção

«

Atena
Editora
Ano 2019



Eliane Regina Pereira

(Organizadora)

Saúde Mental: Um Campo em Construção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.ª Dr.ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S255	Saúde mental [recurso eletrônico] : um campo em construção / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-596-9 DOI 10.22533/at.ed.969190309 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde mental – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina. CDD 362
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A fabricação da doença

Boa saúde? Saúde ruim? Tudo depende do ponto de vista. Do ponto de vista da grande indústria farmacêutica, a má saúde é muito saudável.

A timidez, digamos, podia ser simpática, e talvez atrativa, até se transformar em doença. No ano de 1980, a American Psychiatric Association decidiu que a timidez é uma doença psiquiátrica e a incluiu em seu Manual de alterações mentais, que periodicamente põe os sacerdotes da Ciência em dia.

Como toda doença, a timidez precisa de medicamentos. Desde que a notícia se tornou conhecida, os grandes laboratórios ganharam fortunas vendendo esperanças de cura aos pacientes infestados por essa fobia social, alergia a pessoas, doença médica severa... (Eduardo Galeano, 2012, p. 124)¹

Minha escolha por iniciar a apresentação deste ebook com Galeano se dá, por me sentir provocada a pensar no termo saúde. Quando falamos em saúde precisamos delimitar se falamos de um campo de prática ou de um campo de conhecimento.

Como campo de prática temos o SUS (Sistema Único de Saúde) – mas não apenas ele – que como sabemos é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos. Mas, quando falamos de campo de conhecimento, precisamos de uma discussão ampliada sobre o conceito de saúde. Não pretendo aqui analisar o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde), uma vez que apesar dos avanços trazidos pelo conceito, ele não rompe com o paradigma da saúde vista como um equivalente inverso da doença.

Aqui, quero destacar, não um conceito de saúde, mas uma compreensão. Sawaia (1995)² escreve que saúde não é a ausência de doença ou de angústia, mas, é ter no corpo potência que permita a cada sujeito lutar. Lutar contra o que lhe entristece. Lutar contra a angústia que toma conta de si. A autora diz ainda, que promover saúde não é ministrar medicamentos ou ensinar padrões comportamentais, mas é atuar na base afetivo-volitiva dos comportamentos e ações, ou seja, atuar na relação emoção/pensamento.

Somando a esta discussão, Souza e Sawaia (2016, p. 04)³ defendem que saúde é um conceito ético-político. As autoras escrevem

1 Galeano, Eduardo. (2012). Os filhos dos dias. (Tradução Eric Nepomuceno). Porto Alegre: L&P.

2 Sawaia, Bader Burihan. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), Novas veredas da Psicologia Social (pp. 157-68). São Paulo: Brasiliense

3 Souza, Ana Silvia Ariza de, & Sawaia, Bader Burihan. (2016). A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Revista Psicologia Política, 16 (37), 305-320. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt.

“buscamos ressaltar uma dimensão ético-política da saúde, que considera essas determinações sociais, mas vai além, coloca o processo de saúde/doença na ordem da dialética entre autonomia e heteronomia, o que significa tirar a saúde do campo biológico e das condições materiais, inserindo-as na ordem da virtude pública. A saúde vai além do estado de bem-estar físico e espiritual, e adquire a dimensão da felicidade pública: poder de negociação com as autoridades de discutir os negócios públicos(...)”.

Demarcar que a saúde é ético-política, nos faz recordar que existe um sujeito, um sujeito de potência. E, portanto, não podemos falar em saúde, se não falarmos de condições de vida, se não falarmos de racismo, se não falarmos de violência doméstica, se não falarmos de questões de gênero. Se não falarmos dos determinantes sociais que constituem ética e politicamente a vida desse sujeito.

Quando Galeano escreve “A fabricação da doença”, sinto-me provocada a pensar na sociedade em que vivemos e, na medicalização da vida, do cotidiano, ou qualquer momento mais frágil no qual estejamos inseridos. Ao medicalizar a vida, esquecemos da potência humana, de toda potência que ainda existe apesar das dificuldades, das desigualdades, do sofrimento. Não dá para falar de saúde demarcando apenas a ausência de doença, demarcando apenas condições biológicas de vida, porque ter potência para lutar em momentos de dificuldade é ter SAÚDE.

Não podemos negar o sofrimento, mas precisamos entender que ele compõe o sujeito, não é negar as condições sociais mais ao contrário entender que elas constituem sujeitos. Estar saudável é, portanto, dar conta de lutar, ter vigor, ter potência.

Este ebook é resultado de uma série de pesquisas e experiências em psicologia. Nele há relatos de sofrimento, mas muitos relatos de potência, de novos modos de compreender sujeitos e suas condições de saúde-doença.

O livro está organizado em três partes. A primeira parte intitulada “Relatos de Pesquisas” conta com vinte capítulos que apresentam diferentes pesquisas, algumas teóricas outras empíricas. As temáticas que circulam nesta parte, se referem a formação dos profissionais de saúde, diferentes propostas terapêuticas - Terapia Comunitária, Sarau Poético, Arteterapia - e, diferentes processos de adoecimento - autismo, usuários de CAPS, sofrimento psíquico, Reforma Psiquiátrica, Promoção de Saúde, Suicídio, Estupro, Depressão, Dependência Química. A segunda parte intitulada “Relatos de Experiência” é composta de seis capítulos. Nesta parte, os autores contam sobre seus trabalhos e os caminhos de compreensão do processo saúde-doença. A terceira e última parte intitulada “Ensaio” inclui oito pequenos textos, que permitem ao leitor acompanhar as reflexões iniciadas pelos autores.

Desejamos boa leitura a todos e que os conhecimentos aqui apresentados possam provocar e convocar reflexões, como faz Galeano.

Eliane Regina Pereira

SUMÁRIO

PARTE 1 – RELATOS DE PESQUISA

CAPÍTULO 1 1

A ARTETERAPIA COMO EXPRESSÃO E SUPORTE DE SENTIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Vanessa de Sousa Callai

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

DOI 10.22533/at.ed.9691903091

CAPÍTULO 2 14

A PSICOLOGIA NOS CAPS

Karla Maria Duarte Castro

DOI 10.22533/at.ed.9691903092

CAPÍTULO 3 26

A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM PSICOLOGIA: DESAFIOS E REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO

Silvana Viana Andrade

Suze Cristina Barros dos Santos

Vânia Matias de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.9691903093

CAPÍTULO 4 38

AÇÕES DE PROTAGONISMO E GARANTIA DE DIREITOS NOS CAPS NO DISTRITO FEDERAL

André Vinícius Pires Guerrero

Barbara Coelho Vaz

Adélia Benetti de Paula Capistrano

Enrique Araujo Bessoni

June Scafuto Correa Borges

Pérola Goulart-Gomes

Natanielle Cardona Machado

DOI 10.22533/at.ed.9691903094

CAPÍTULO 5 50

A EXCLUSÃO DOS ANORMAIS E A EFETIVAÇÃO DO DISPOSITIVO DA LOUCURA

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

DOI 10.22533/at.ed.9691903095

CAPÍTULO 6 59

CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco

Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Patrícia Maria Fonseca Escalda

DOI 10.22533/at.ed.9691903096

CAPÍTULO 7 71

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

Alesson Gabriel Martins Silva Bezerra
Laura Moreira Queiroz
Mila Nora Pereira Oliveira Souza
Paula Cristian Dias De Castro
Raissa Andressa Da Costa Araújo
Thiago Barbosa Vivas

DOI 10.22533/at.ed.9691903097

CAPÍTULO 8 82

CRISE PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior
Priscila Coimbra Rocha
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Alessandra Gracioso Tranquilli

DOI 10.22533/at.ed.9691903098

CAPÍTULO 9 97

CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS: MAPEAMENTO DE AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE NA REGIÃO DO CAMPO LIMPO SÃO PAULO

Elisabete Agrela de Andrade
Vivian Andrade Araújo
Maria Camila Azeredo de Jesus
Ludimilla Deisy da Silva Gomes Martins
Karine Vieira de Moraes
Mariangela Nascimento Bezerra de Paula
Damares Borges dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.9691903099

CAPÍTULO 10 106

DEMANDAS POR DIREITOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

Inês Terezinha Pastório
Marli Renate Von Borstel Roesler

DOI 10.22533/at.ed.96919030910

CAPÍTULO 11 116

ESTUPRO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO COTIDIANO DA MULHER

Angela Pires da Silva

DOI 10.22533/at.ed.96919030911

CAPÍTULO 12 127

ETNOFARMACOLOGIA, AYAHUASCA, E AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Rodrigo Scalabrin
Lincoln Costa Valença
Germana Bueno Dias

DOI 10.22533/at.ed.96919030912

CAPÍTULO 13 136

EXERCÍCIOS FÍSICOS: EFEITOS SOBRE A DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Givanildo de Oliveira Santos
Rosimari de Oliveira Bonzeli
Laís Mirele Oliveira Martins Daciuk

DOI 10.22533/at.ed.96919030913

CAPÍTULO 14 147

GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ADOECIMENTO PSÍQUICO COMO REFLEXO AO TRABALHADOR

Rodrigo Scalabrin
Darlim Saratt Mezomo
Keila Rodrigues da Fonseca
Régia Cristina Macêdo da Silva
Sandra Maria Franco Buenafuente

DOI 10.22533/at.ed.96919030914

CAPÍTULO 15 158

LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA DE LA SALUD PUBLICA GLOBAL

Adriana Lucia Acevedo-Supelano
Camilo José González-Martínez
Maximiliano Bustacara-Díaz
Luis Alejandro Gómez-Barrera

DOI 10.22533/at.ed.96919030915

CAPÍTULO 16 167

MULHERES DONAS DE CASA ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR ANTE O SOFRIMENTO DA ADIÇÃO E O AMBIENTE FAMILIAR

Gilmar Antoniassi Junior
Ester Roza Luz Freitas
Flávio Henrique Sousa Santos
Luciana de Araujo Mendes Silva
Glória Lucia Alves Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.96919030916

CAPÍTULO 17 182

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Daniel Borges Dutra
Sonia Regina Jurado
Izabela Carvalho Vieira
Letícia Akie Nagata
Cláudia Kauany da Silva Hildebrando
Beatriz Soares dos Santos
Vanessa Bernardo da Silva Souza
Gabriela Melo Macedo
Hilary Elohim Reis Coelho
Mara Cristina Ribeiro Furlan
Thais Carolina Bassler
Adailson da Silva Moreira

DOI 10.22533/at.ed.96919030917

CAPÍTULO 18 195

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ENTRAVES PERCEBIDOS POR PSICÓLOGOS
COORDENADORES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Anelisa Cesario Santana
Ana Luiza de Mendonça Oliveira
Rodrigo Sanches Peres

DOI 10.22533/at.ed.96919030918

CAPÍTULO 19 205

SAÚDE MENTAL: AÇÕES DE CUIDADO DA ENFERMAGEM

Ana Vitória Conceição Ribeiro de Menezes
Ana Socorro de Moura

DOI 10.22533/at.ed.96919030919

CAPÍTULO 20 218

TRAJETÓRIA DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL

Beatriz Jacques Cardoso Rodrigues
Laís Chagas de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.96919030920

PARTE 2 - RELATOS DE EXPERIÊNCIA

CAPÍTULO 21 230

A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES COM TEA

Lídia Isabel Barros dos Santos Silveira
Benhur Machado Cardoso
Caroline Ramaldes Vaz da Costa
Thatiane Gabriela Guimarães Pereira
Ana Lúcia Silveira Rusky
Ilton Garcia dos Santos Silveira

DOI 10.22533/at.ed.96919030921

CAPÍTULO 22 242

OFICINA NA PRAIA – OCUPANDO O TERRITÓRIO COM UMA EXPERIÊNCIA PLURAL

Nelson Falcão de Oliveira Cruz
Fabrice Sanches do Carmo

DOI 10.22533/at.ed.96919030922

CAPÍTULO 23 251

GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO TERRITÓRIO: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO A USUÁRIOS E
FAMILIARES

Sdnei Gomes dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.96919030923

CAPÍTULO 24 259

PROPOSTA TERAPÊUTICA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTE DE SER

Maurício Pimentel Homem de Bittencourt
Fabiano Guimarães de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.96919030924

CAPÍTULO 25 271

RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONSTRUINDO A AGENDA DE SAÚDE MENTAL UNIVERSITÁRIA

Elisângela Lopes de Faria
Ana Maria Cecílio
Diego Vales Deslandes Ferreira
Flávia M. Barroca de Barros

DOI 10.22533/at.ed.96919030925

CAPÍTULO 26 282

SARAU POÉTICO DO CAPS ADIII: SINTO, FALO, ESCREVO E ME REINVENTO

Suzi Keila Fiuza Andrade
Murilo Cordeiro Gonçalves
Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira
Thayse Andrade Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.96919030926

PARTE 3 – ENSAIOS

CAPÍTULO 27 287

A LOUCURA ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E A ÉTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ana Carolina de Lima Jorge Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.96919030927

CAPÍTULO 28 292

CUIDANDO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR E TERRITORIAL: RELATANDO EXPERIÊNCIA

Stela Almeida Aragão
Thainan Alves Silva
Rosineia Novais Oliveira
Patrícia Anjos Lima De Carvalho
Bárbara Santos Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.96919030928

CAPÍTULO 29 298

MOVIMENTOS INSTITUINTES DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A PRESENÇA PRÓXIMA DOCENTE

Maria Goretti Andrade Rodrigues
Erilza Faria Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.96919030929

CAPÍTULO 30 301

MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin
Carolina Ozorio Kozoroski

DOI 10.22533/at.ed.96919030930

CAPÍTULO 31 310

NOTAS SOBRE SEXUALIDADE: GÊNERO, UMA FALSA QUESTÃO?

Paulo Renato Pinto de Aquino

DOI 10.22533/at.ed.96919030931

CAPÍTULO 32	314
O CORPO NA COMUNICAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E A SINGULARIDADE DO ESPECTRO AUTISTA	
Marlon Alves de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.96919030932	
CAPÍTULO 33	316
SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO LITERÁRIA	
Larissa Felcar Hill	
Willians Cassiano Longen	
DOI 10.22533/at.ed.96919030933	
CAPÍTULO 34	322
SUICÍDIO NO BRASIL: A COMUNICAÇÃO A SERVIÇO DA SAÚDE	
Karolinny Donato Pinto de Oliveira	
Gabriel Fernandes de Sousa	
Keli Camila Vidal Grochoski	
Eveline de Almeida Silva Abrantes	
DOI 10.22533/at.ed.96919030934	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	328
ÍNDICE REMISSIVO	329

A ARTETERAPIA COMO EXPRESSÃO E SUPORTE DE SENTIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Vanessa de Sousa Callai

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia

Brasília – Distrito Federal

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia

Brasília – Distrito Federal

RESUMO: A Arteterapia, além de uma forma de expressão, é um recurso terapêutico que cria possibilidades de crianças lidarem com as rotinas hospitalares mais facilmente. O objetivo geral do estudo foi averiguar a efetividade e a viabilidade das intervenções de Arteterapia como expressão e como suporte de sentimentos do público infantojuvenil com doença crônica. Por meio de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolveram-se quatro intervenções de Arteterapia com base nos sentimentos medo, dor, tristeza e saudade. Participaram do estudo cinco crianças/adolescentes de ambos os sexos entre seis e doze anos, abrigadas em uma Casa de Apoio ao público infantojuvenil com câncer do Distrito Federal. Todas as atividades de Arteterapia despertaram o interesse dos participantes, ainda que houvesse oscilação durante o processo arteterapêutico em que ocorreram momentos de distração, de agitação e de ansiedade. Este estudo contribui com a reflexão sobre as atividades de Arteterapia como práticas

sistemáticas de cuidados em saúde no contexto a oncologia.

PALAVRAS-CHAVE: Arteterapia. Oncologia Infantojuvenil. Doença crônica.

ART THERAPY AS EXPRESSION AND SUPPORT OF FEELINGS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT: Art therapy, besides a form of expression, is a therapeutic resource that creates possibilities for children to deal with hospital routines more easily. The general objective of the study was to investigate the effectiveness and feasibility of the interventions of Art therapy as an expression and as support of the feelings of the infantojuvenil public with chronic disease. Through a qualitative, descriptive and exploratory research, four interventions of Art therapy were developed based on the feelings of fear, pain, sadness and longing. Five children/adolescents of both sexes between the ages of six and twelve, housed in a Support House for children and adolescents with cancer of the Federal District, participated in the study. All the activities of Art therapy aroused the interest of the participants, although there was oscillation during the art therapeutic process in which moments of distraction, of agitation and of anxiety occurred. This study contributes to the reflection on the activities of Art therapy as

systematic practices of health care in the context of oncology.

KEYWORDS: Art therapy. Oncology Infantojuvenil. Chronic disease.

1 | INTRODUÇÃO

Apesar de o câncer ser uma doença antiga, com registros que datam do Egito Antigo (INCA, 2016), hoje se caracteriza como uma das principais causas de morte no Brasil. Origina-se de mutações genéticas que fazem com que a célula derrote mecanismos que combatem essas anomalias e ganham a capacidade de multiplicação desordenada com modificações nos fenótipos celulares, que culminam na alteração da homeostasia celular (MARQUES et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde indica que 8,8 milhões de pessoas no mundo morrem de câncer anualmente, doença responsável por uma a cada seis mortes (ONU, 2017). Tratando-se do câncer na população infantil (0 a 14 anos), a doença é considerada rara, quando comparada ao câncer em adultos. Nos países em desenvolvimento, a proporção nessa população é de 3% a 10% do total de cânceres; já nos países desenvolvidos, esse valor chega a 1%. No Brasil, em 2016, o câncer em crianças correspondia a 2% dos casos de neoplasia, equiparando-se com o valor dos países em desenvolvimento. Na população infantojuvenil, no ano de 2014, o câncer foi a segunda causa de morte no Brasil, correspondendo, também, à doença que mais mata (INCA, 2016).

A partir do diagnóstico da doença, a vida do paciente e a da família sofrem alterações e toda a rotina é modificada (BRASIL, 2016). O adoecimento altera a vida como um todo, desequilibra o organismo tanto interna como externamente; o desenvolvimento infantil saudável pode sofrer bloqueio, e há necessidade de um ambiente estimulante e não ameaçador, que o auxilie a restabelecer um diálogo com o mundo (LIMA et al., 2019). Com o fim de proporcionar um bem-estar psicológico para os pacientes, diversos estudos revelaram o benefício de usar terapias complementares em conjunto com tratamentos da medicina convencional (LEE et al., 2016).

Por meio da arte, as crianças lidam com as rotinas hospitalares mais facilmente. Auxilia no desenvolvimento da comunicação, na valorização da subjetividade, na liberdade de expressão, na reconciliação de problemas emocionais e da função catártica (VALLADARES-TORRES, 2015). De acordo com del Prette e del Prette (2017), crianças que não tiveram o ensinamento de nomear e de caracterizar seus sentimentos possuem grande dificuldade para fazê-lo. Tal capacidade é importante para a criança, já que, por meio dessa percepção dos sentimentos e emoções, é possível transformar o que era assustador e incômodo em algo natural e definido, além de ser possível identificar sinais de comportamento atual e futuro frente a determinada situação.

A Arteterapia, além de uma forma de expressão é um recurso terapêutico que utiliza atividades artísticas como intervenção profissional, buscando promoção da saúde

e melhoria da qualidade de vida. Faz uso de diversos tipos de expressão, como artes plásticas, sonora, literária, dramática e corporal. Portanto, verifica-se a importância de ajudar as crianças a lidarem com seus sentimentos, principalmente em um momento singular de sua vida, como o tratamento oncológico. A arte possibilita a vivência das dificuldades, de conflitos, de medos e de angústias, e ajuda na canalização desses aspectos negativos (VALLADARES-TORRES, 2015). Justifica-se, desse modo, a escolha de intervenções de Arteterapia como estratégia terapêutica para a expressão dos sentimentos das crianças e adolescentes que passam pelo tratamento de câncer.

O objetivo geral do estudo tratou de averiguar a efetividade e a viabilidade das intervenções de Arteterapia como expressão e suporte de sentimentos do público infantojuvenil oncológico. Como objetivos específicos, buscou-se levantar os dados sociodemográficos e clínicos do público-alvo; avaliar comparativamente as expressões de sentimentos antes e após as intervenções de Arteterapia; bem como analisar o comportamento dos participantes durante o processo arteterapêutico.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram do estudo cinco crianças e adolescentes entre seis a doze anos, abrigados na Casa de Apoio do Distrito Federal. Os critérios de inclusão consistiram em crianças/adolescentes de cinco a dezessete anos, de ambos os sexos, que estivessem vinculadas à Casa de Apoio, que concordassem com a pesquisa por meio do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), e que obtivessem permissão dos responsáveis por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a participação da entrevista para a coleta dos dados sociodemográficos e clínicos antes do início do processo. Como critério de exclusão, os participantes com limitações mentais e que estivessem em isolamento devido ao tratamento.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista com as mães das crianças/adolescentes que responderam a um questionário sociodemográfico e clínico sobre seus filhos e filhas. Foi dada às crianças/adolescentes participantes a livre escolha de um nome fictício para ser utilizado na pesquisa em vez do nome real, dentro das cartas com a imagem e nome de super-heróis.

Foram realizados quatro encontros grupais de Arteterapia, em dias consecutivos, e todos possuíam um tema específico: medo, dor, tristeza e saudade. As intervenções de Arteterapia também seguiram uma sequência de etapas, a saber: contação da história, reflexão sobre o tema, desenvolvimento de uma atividade de arte com materiais e técnicas diversas e o compartilhar das emoções. Dessa forma, todas as intervenções de Arteterapia abrangeram as etapas: acolhendo-aquecimento do processo, atividade de Arteterapia em si e finalizando-fechando o processo em si, que segue o modelo de cuidado de enfermagem (VALLADARES-TORRES, 2015). Em cada dia, o sentimento específico era aprofundado, a fim de promover um diálogo e a catarse dos sentimentos

negativos. O Quadro 1 apresenta o detalhamento das atividades desenvolvidas pelos participantes ao longo das quatro intervenções de Arteterapia.

Nº	Sentimento tema	Conto trabalhado (autor)	Expressão artística proposta	Material utilizado
1º	MEDO	“Lelê tem medo de que?” (GANUZA, 2008)	Escultura de argila	Argila, água, jornal e forminhas de variados formatos.
2º	DOR	“Dona Dor me visitou” (ARAÚJO, 1994)	Bonecos de gesso	Ataduras de gesso, tesoura, bandejas de isopor, jornal, água, tintas de variadas cores e cola.
3º	TRISTEZA	“Quando você está doente ou internado” (MCGRATH, 2004).	Máscaras representativas de tristeza e alegria	Máscaras de papelão, tesoura, elástico, fita crepe, canetinhas e lápis de cor.
4º	SAUDADE	“Gosto de ser como sou” (ADAMS; BUTCH, 2002)	Carta para alguém especial	Origamis de tsurus, folhas A4, fios coloridos, cola, canetinhas e lápis de cor.

Quadro 1 - Descrição das intervenções de Arteterapia, segundo número, sentimento tema, conto trabalhado, proposta de arte e material utilizado. Brasília, DF, Brasil, 2019

Fonte: Dados da pesquisa

Com a finalidade de medir e comparar as emoções do público-alvo, antes e após as intervenções de Arteterapia, foi realizada a medição das emoções por meio das cartas demonstrativas das diversas expressões humanas que foram apresentadas aos participantes, que escolhiam uma ou mais expressão que lhes correspondesse, no momento. Dessa forma, a medição das emoções foi aplicada individualmente no pré e no pós-teste, isto é, antes e após cada intervenção de Arteterapia. No final de cada intervenção, as coordenadoras se reuniam para avaliar as características comportamentais individuais de cada criança/adolescente durante o processo arteterapêutico, em uma visão compartilhada entre as pesquisadoras. Os instrumentos e/ou técnicas de coleta de dados foram:

- Questionário semiestruturado contemplando dados sociodemográficos e clínicos dos participantes elaborado pelas pesquisadoras que abarcou os dados como idade, gênero, diagnóstico, tipo de tratamento e repercussão da doença na vida da criança/adolescente;
- Medição das emoções por meio do brinquedo pedagógico de Dagmar (s/d) com as cartas com expressões humanas de medo, raiva, aperto, choro, severidade, preocupação, bocejo, surpresa, esperteza, gargalhada, sorriso e canto;
- Ficha de avaliação de características comportamentais de Valladares-Torres (2015) e composta por vinte itens para auxiliar na avaliação comportamental dos participantes;

- Registro fotográfico da produção de artes elaborado pelas crianças/adolescentes e o registro escrito sobre reflexão verbal feita pelos participantes, a fim de auxiliar na fidedignidade dos dados.

Este artigo é um subprojeto da pesquisa intitulada A Arteterapia e o câncer infantojuvenil que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o CAAE nº 58435216.0.0000.0030. Foram assegurados aos participantes do estudo o sigilo, a confiabilidade, a privacidade, a proteção da sua imagem e a garantia que as informações obtidas com a pesquisa fossem verdadeiras e que fossem utilizadas somente nas esferas científicas ou acadêmicas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição dos participantes, segundo nome fictício, gênero, idade, diagnóstico, tratamentos realizados, impacto da doença sobre o sujeito, bem como a participação nas intervenções encontram-se descritas no Quadro 2. As informações foram colhidas durante a entrevista sociodemográfica realizada com o responsável pelo participante correspondente.

Nº	Nome Fictício	Sexo	Idade (anos)	Diagnóstico	Tipos de Tratamento	Impacto	Participação nos Grupos
1	Lanterna Verde	M	12	Aplasia medular	Aguardando transplante	Distância da família, atraso escolar	1º e 3º
2	Batman	M	6	Tumor cerebral	Quimioterapia	Pneumonia, distância da família, atraso escolar	2º e 3º
3	Estelar	F	11	Tumor cerebral	Quimioterapia, radioterapia	Pneumonia, dificuldade motora e de fala, atraso escolar	2º
4	Arqueiro Preto	M	8	Câncer abdômen	Quimioterapia	Autoimagem, atraso escolar	3º e 4º
5	Robin	M	11	Aplasia medular	Aguardando transplante	Distância da família, atraso escolar, agressividade, autoimagem	3º

Quadro 2 - Distribuição das crianças e/ou adolescentes, segundo nome fictício, gênero, idade, tipo de doença, tratamento, impacto da doença sobre o sujeito e participação nas intervenções. Brasília, DF, Brasil, 2019. (n =5)

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao gênero e idade, quatro participantes eram do gênero masculino, apenas uma do feminino, com idades entre seis e doze anos. O grande leque de abrangência de idade se deu pela alta rotatividade de crianças na Casa de Apoio, poucas crianças/adolescentes ficam lá durante o dia, pois muitas que estão hospedadas na Casa estão realizando tratamento, consulta ou outra intervenção no Hospital da Criança.

Os diagnósticos mais encontrados foram o de aplasia medular e tumor cerebral. A leucemia se caracteriza como o tipo de câncer mais comum na população infantojuvenil; já os tumores do sistema nervoso são considerados os tumores sólidos mais comuns e o segundo câncer mais frequente (INCA, 2016). A aplasia medular, também conhecida como anemia aplástica (AA) é considerada uma doença rara que se caracteriza por pancitopenia no sangue periférico e hipocelularidade na medula óssea. Acredita-se que ela ocorra por agressão às células-tronco hematopoiéticas pluripotentes podendo ser adquirida ou congênita, sendo esta última ainda mais rara (BRASIL, 2016).

Percebeu-se que todos os participantes estão atrasados na escola, já que tiveram que abandonar os estudos para realizar o tratamento. O segundo impacto mais presente foi a distância da família, já que, mesmo residindo no Distrito Federal, as crianças/adolescentes ficam hospedadas por períodos longos, em especial as que residem em outros estados. A pneumonia foi citada pelas mães como um impacto do câncer, estando presente em dois participantes. É uma infecção altamente presente em pacientes em tratamento oncológico (COSTA; ATTA; SILVA, 2015).

Em relação à autoimagem, dois participantes apresentaram essa problemática. Em decorrência de todas as consequências do tratamento, a criança/adolescente adquire uma nova imagem e uma nova identidade, com repercussões desagradáveis no corpo, como perda de peso, desidratação, perda de pelos e cabelos e passa a ser reconhecida somente pela doença, isto é, como alguém com câncer (BRASIL, 2016).

Em um estudo realizado com crianças em Montes Claros (MG), foi considerado que o comportamento de agressividade, de nervosismo e de impaciência estavam mais presentes em pacientes do gênero masculino (MOREIRA et al., 2014); em nosso estudo, apenas um participante apresentou essa característica.

1ª intervenção de Arteterapia (MEDO)

O participante Lanterna Verde escolheu como expressões ao início o bocejo, o sorriso e a preocupação. Ao final, escolheu sorriso e gargalhada e houve mudança nas emoções nomeadas. Durante a leitura do livro, Lanterna Verde manteve-se distraído no início, mas tornou-se interessado ao longo da história. Inicialmente, disse não ter medo de nada, posteriormente citou medo de aranha. Assim, foi oferecida ao adolescente a confecção da aranha por meio da modelagem com argila. No início, ele não apresentava iniciativa para realizar a atividade, mas com a participação das coordenadoras, visto que ele estava sozinho, ficou mais à vontade para falar sobre

seus medos e de participar mais ativamente das dinâmicas propostas. O participante começou a elaborar a aranha e a perfurou com uma agulha de injeção com a finalidade de retirar a medula do quadril, conforme explicou.

Posteriormente, ele confeccionou um barco e um avião e disse que, por residir na Região Norte do Brasil, sempre utilizava o barco como meio de transporte, e o avião era bastante utilizado para vir a Brasília para tratamento. Durante a elaboração dos seus medos, o participante interagia com as coordenadoras e dava gargalhada ao verbalizar sobre seus medos e quando as coordenadoras também compartilhavam os medos delas. A Fig.1 apresenta a produção artística – modelagem – do participante durante a primeira sessão de Arteterapia.

2ª intervenção de Arteterapia (DOR)

As expressões escolhidas ao início por Batman foram sorriso e gargalhada, mudando ao final para gargalhada e canto. Já Estelar, ao início, escolheu sorriso e surpresa, ao final, escolheu gargalhada, esperteza e canto. Houve modificação quanto às expressões nomeadas pelas crianças/adolescentes do início para o final.

Durante a leitura do livro, os participantes se mantiveram atentos ao enredo da história. Batman, por exemplo, no início, apresentava-se distraído e inquieto, mas interagiu com as propostas no decorrer do processo arteterapêutico. Estelar se manteve atenta todo o tempo, ria e interagia com o enredo dos personagens da história, mas, devido ao seu estado debilitado, ela se encontrava em cadeira de rodas, com dificuldade de verbalização e na coordenação das mãos, mas esteve o tempo todo com o rosto voltado para a contadora da história.

Durante a atividade com material de arte, no caso, a manipulação com sucata hospitalar, Estelar verbalizou estar com medo da seringa presente na mesa, dizendo que não queria ser furada e já Batman permaneceu um pouco inquieto. Após a explicação de que os materiais não iriam ser usados para provocar dor, os participantes puderam manipular os materiais hospitalares (seringas, algodão, frascos de soro, ataduras entre outros).

Posteriormente Batman fez o seu próprio boneco de atadura gessada, com o auxílio de uma das coordenadoras e interagia com as demais conversando sobre os demais bonecos que estavam sendo confeccionados. Por ser uma criança muito ativa, esteve na maior parte do tempo ativo, sempre em movimento e por vezes distraído, entretanto concluiu seu boneco sem intercorrência.

Estelar, por causa de sua limitação de movimentos, ia escolhendo as cores e adereços para seu boneco-personagem e teve o auxílio de uma das coordenadoras para construí-lo. Manteve-se atenta e interessada durante toda a atividade, apesar da dificuldade de fala, interagia com as coordenadoras e manteve-se bastante apegada a uma coordenadora que ficou ao seu lado durante toda a atividade, auxiliando e realizando a escuta ativa. A Fig.2 mostra a produção artística – bonecos de gesso -

dos participantes durante a segunda sessão de Arteterapia (Fig.2).



Fig. 1 - Medos representados por Lanterna Verde



Fig. 2 - Bonecos de gesso confeccionados por Batman (verde) e Estelar (rosa)

3ª intervenção de Arteterapia (TRISTEZA)

As expressões escolhidas ao início por Arqueiro Preto foram esperteza e sorriso, mantendo-as ao final. Batman, inicialmente, escolheu gargalhada, ao final escolheu esperteza e sorriso. Lanterna Verde, no início, escolheu sorriso, canto e gargalhada, também mantendo-as ao final. Robin manteve sua escolha do início, que foi sorriso. Praticamente não ocorreu mudança do início para o final em relação às expressões citadas pelas crianças.

Durante a leitura da história, foi difícil manter as crianças/adolescentes concentrados, somente Batman se manteve atento à história, mesmo que bastante dependente e apegado a uma das coordenadoras. Durante a atividade artística em si, em que se propôs a confecção de duas máscaras, uma com a expressão de tristeza e a outra de alegria, as crianças/adolescentes demandaram mais tempo na confecção da máscara triste. As máscaras tristes possuíram traçados e cores mais vibrantes. Robin e Arqueiro Preto não confeccionaram as máscaras alegres.

Lanterna Verde (Figs.3-A e 3-B) manteve-se concentrado durante toda a atividade, interagiu com os colegas na maior parte do tempo, pacificamente, atendia as orientações das coordenadoras. Já Batman (Figs.3-C e 3-D) se manteve quieto, concentrado na atividade e bastante dependente de uma das coordenadoras no início da atividade, contudo, ao final do processo, mostrou-se mais ativo e mais independente.

Arqueiro Preto e Robin apresentaram-se mais ativos e falantes, sempre observando os desenhos dos demais, animados e mantendo o foco na confecção das suas máscaras tristes. O Arqueiro Preto (Fig.3-F) atendia prontamente às orientações dadas pelas coordenadoras, mas Robin (Fig.3-E) se apresentou mais agitado durante toda a atividade e, em alguns momentos, era desrespeitoso com os colegas, mas foi possível mantê-lo, bem como ao grupo, como um todo, unidos e participativos.



A - Máscara triste Lanterna Verde



B - Máscara alegre Lanterna Verde



C - Máscara triste Batman



D - Máscara alegre Batman



E - Máscara triste Robin



F - Máscara triste Arqueiro Preto

Fig. 3 – Máscaras dos participantes da intervenção tristeza

4ª intervenção de Arteterapia (SAUDADE)

A expressão escolhida ao início por Arqueiro Preto foi sorriso. Ao final, as escolhidas foram esperteza e sorriso; ocorreu mudança em relação à primeira expressão.

Durante a história, a criança se manteve concentrada e participativa no início, mas dispersou-se e manipulou materiais sobre a mesa ao final. Quando a atividade artística foi proposta, a confecção de uma carta, o Arqueiro Preto não se mostrou interessado, sugerindo outras atividades. Então, as coordenadoras foram discutindo e fazendo-o refletir sobre coisas de que ele sentia falta, atividades que teve que abandonar após o início do tratamento de câncer e ele foi estimulado a escrever uma carta para alguém de quem ele sentia saudade. Por fim, o Arqueiro Preto escreveu uma carta para sua madrinha (Fig.4) com auxílio das coordenadoras, mesmo com bastante dificuldade e desinteresse.



Fig. 4 - Carta de Arqueiro Preto

A maioria das atividades de Arteterapia despertou o interesse dos participantes, ainda que houvesse oscilação, com momentos de distração, de agitação e de ansiedade. Todas as atividades, história e atividade artística foram concluídas.

A que mais atraiu a atenção e curiosidade das crianças foi a intervenção do medo, na qual usamos materiais hospitalares e confecção de bonecos de gesso. A manipulação desses materiais tende a ser proibida, e quando as crianças e jovens têm acesso a elas são apenas em momentos dolorosos. Ao terem a oportunidade de manipulá-los sem restrição, ocorre a transformação do medo em curiosidade e reflexão sobre o funcionamento daqueles materiais.

Em um estudo realizado em Hong Kong com 304 crianças, os pacientes afirmavam que as brincadeiras e intervenções lúdicas os ajudavam a conhecer os procedimentos médicos e, com isso, ficavam menos ansiosas e estressadas, mudavam suas percepções sobre o ambiente hospitalar e sobre os profissionais médicos e enfermeiros (LI et al., 2016).

Durante este estudo, três participantes, em algum momento, demonstraram medo de procedimentos hospitalares, portanto, manter a criança/adolescente a par da sua situação clínica, dos procedimentos necessários e das consequências do tratamento é fundamental para um atendimento humanizado. A Arteterapia e outras terapias não complementares devem ser utilizadas para empregar conhecimento aos pacientes, diminuir o medo e a frustração.

A intervenção que menos despertou interesse foi o relacionado à saudade. Pode-se atribuir esse processo a diversos fatores: o participante não necessitava de expressar esse sentimento naquele momento ou a proposta artística não foi eficaz para atrair a sua atenção ou, ainda, por estar sozinho, sentiu-se acuado.

A terceira intervenção teve um número maior de participantes, e foi possível avaliar Batman e Lanterna Verde mais profundamente, já que era a segunda participação de ambos. Por estarem mais acostumados ao grupo, expressaram-se melhor e verbalizaram mais sobre seus sentimentos. A criação de vínculo positivo é um fator importante nesse processo arteterapêutico, além da escuta terapêutica, que deixa fluir mais livremente as emoções. As crianças não acostumadas a falarem sobre emoções precisam estar em um ambiente acolhedor e protetor para que transpirem suas sensações. E estimular as crianças a expressar seus sentimentos faz com que elas possuam mais facilidade de fazê-lo no futuro (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

Os participantes que estiveram em apenas uma intervenção não tiveram seus seguimentos analisados. Entretanto, Estelar, mesmo em apenas uma intervenção, demonstrou genuinamente grande capacidade e conhecimento sobre as expressões e sentimentos.

A Arteterapia tem sido demonstrada por diversos autores como um mecanismo eficaz tanto na criação de vínculo, com essa população, como na catarse de sentimentos. Em um estudo realizado por Tahmasebi, Jahangir e Sedigeh (2017), com

crianças entre sete e doze anos com câncer e sob tratamento de quimioterapia, foi utilizada a pintura como instrumento para a redução da depressão em seu público-alvo, a pesquisa demonstrou a eficácia da técnica.

Em outro trabalho, durante sessões de Arteterapia, no decorrer de oito semanas, foram encontradas melhoras na depressão de pacientes ambulatoriais com câncer, confirmando as melhoras no bem-estar emocional desses pacientes (MEGHANI et al., 2018). Já na pesquisa desenvolvida por Lee et al. (2017), com vinte pacientes, utilizando escalas de medição dos níveis de ansiedade e depressão, ao final concluiu-se que os níveis de depressão e ansiedade diminuíram após as intervenções. Crianças em tratamento de câncer estão sujeitas a um alto índice de estresse e têm que se adaptar às diversas mudanças que ocorrem bruscamente. O desenvolvimento físico, psicológico, social e moral pode ser intensificado mesmo durante esse momento fragilizado, por meio da Arteterapia e da criação de técnicas lúdicas, que proporcionam, também, o autoconhecimento, autoestima e sensação de bem-estar (NERES; CORREA, 2017).

Ainda que a população do presente trabalho tenha sido variável durante as intervenções, foi possível observar que, ao serem estimuladas com materiais diversificados e atividades criativas e lúdicas, as crianças/adolescentes se sentiam motivadas, concentradas e ativas com o processo arteterapêutico e, dessa forma, foi possível aferir um bom resultado dessas atividades. Trabalhar com um amplo repertório de atividades lúdicas criativas, indo além da comunicação verbal, foi um canal de expressão adequado para lidar com as emoções, as experiências e as vivências negativas de crianças/adolescentes com câncer, em especial dos sentimentos medo, dor, tristeza e saudade.

A interação grupal foi importante para estimular uma maior coesão social baseada no companheirismo, por compartilhar e refletir sobre as ideias, sentimentos e sensações semelhantes além de estimular o altruísmo. Pela Arteterapia, o vínculo se estabelece, de forma mais profícua e rápida, e permite a exteriorização de sentimentos negativos represados que possam estar represados — como medo, dor, tristeza e saudade — de maneira mais espontânea, lúdica e menos invasiva e dolorida/sofrida. Por conseguinte, na Arteterapia, é possível ressignificar os sentimentos, as relações interpessoais e até a vida pessoal, da mesma forma que possibilita ao participante experimentar novas formas de se relacionar com os sentimentos, consigo mesmo e com o mundo ao seu redor (VALLADARES-TORRES, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pode contribuir para a reflexão sobre as atividades de Arteterapia, como práticas sistemáticas de cuidados em Enfermagem Pediátrica no contexto da Oncologia. Ressalta-se a importância da inclusão de atividades de Arteterapia nos cuidados terapêuticos de crianças com câncer e a fundamentação científica para o fortalecimento do vínculo com o serviço, o que pode favorecer futuros projetos de

pesquisa e de extensão. A saúde mental das crianças tem-se tornado alvo de pesquisas em todo o mundo, incluindo o Brasil. Principalmente na área de Oncologia, sabendo-se da fragilidade a que pacientes pediátricos são submetidos. Com este trabalho, foi possível observar diversos aspectos da saúde mental das crianças, bem como suas fragilidades em relação aos sentimentos.

Torna-se importante a continuidade de pesquisas específicas nos sentimentos desenvolvidos pelas crianças durante o processo de internação, bem como oferecer o suporte para a catarse de sentimentos negativos e promover, assim, uma experiência melhor para o paciente. Estar atento à saúde mental e ao bem-estar do paciente é uma das diversas competências da Enfermagem humanizada, logo, o estudo e o aprofundamento do tema torna-se necessário para a formação de um profissional capacitado para atuar nas diversas áreas, sobretudo na área de oncologia pediátrica.

REFERÊNCIAS

ADAMS, C.; BUTCH, R. J. **Gosto de ser como sou**. São Paulo: Paulus, 2002.

ARAÚJO, E. A. **Dona Dor me visitou**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. **Caderno de psicologia: o corpo na perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: INCA, p.128, 2016.

COSTA, P. O.; ATTA, E. H.; SILVA, A. R. A. Infection with multidrug-resistant gram-negative bacteria in a pediatric oncology intensive care unit: risk factors and outcomes. **Jorn Pediat**. v.91, n.5, p.435-41, 2015.

DAGMAR. **Jogo de atenção e memória (expressões)**. Goiânia, s/data.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GANUZA, B. M. **Lelê tem medo de que?** São José dos Campos: GACC, 2008.

INCA. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade**. Rio de Janeiro: Inca, p.412, 2016.

LEE, J. et al. Art therapy based on appreciation of famous paintings and its effect on distress among cancer patients. **Qual Life Res**. v.26, n.3, p.707-15, 2017.

LI, W. H. C. et al. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. **BMC pediatrics**. v.16, n.36, p.1-9, 2016.

LIMA, M. F. R. et al. A Arteterapia como dispositivo terapêutico com grupo de crianças e de adolescentes com doenças crônicas e graves. **Rev Científica Arteterapia Cores da Vida**. v.26, n.1, p.3-17, 2019.

MARQUES, C. L. T. Q. et al. **Oncologia: uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Carpe Diem, 2015.

MCGRATH, T. **Quando você está doente ou internado**. São Paulo: Paulus, 2004.

MEGHANI, S. H. et al. A pilot study of a mindfulness-based art therapy intervention in outpatients with cancer. **Amer Jour Hospice Palliative Med.** v.35, n.9, p.1194-200, 2018.

MOREIRA, D. A. et al. Meu filho está com câncer: mudanças sofridas pelas crianças segundo as mães. **Rev Enfer UFSM.** v.4, n.3, p.584-93, 2014.

NERES, M. V.; CORREA, I. O brincar e o brinquedo terapêutico como instrumentos lúdicos na assistência de enfermagem ao pré-escolar. **Rev Uningá.** v.35, n.1, p.1-9, 2017.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS:** câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo. 2017. [online] disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cancermata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo>

TAHMASEBI, Z.; JAHANGIR, M. J.; SEDIGEH, T. S. The effect of painting on depression in children with cancer undergoing chemotherapy. **Iranian J Nursing Midwifery Res.** v.22, n.2, p.102-5, 2017.

VALLADARES-TORRES, A. C. A. **Arteterapia na hospitalização pediátrica: análise das produções à luz da psicologia analítica.** Curitiba: CRV, 2015.

CAPÍTULO 2

A PSICOLOGIA NOS CAPS

Karla Maria Duarte Castro

Centro Universitário Católica de Vitória
Vitória- Espírito Santo

RESUMO: Pretendemos, com este artigo, problematizar como a Psicologia tem se articulado aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira para atuar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em Vitória-ES. A pesquisa aconteceu em 2015, tendo como contorno metodológico a pesquisa de campo, com realização de entrevistas semiestruturadas junto às psicólogas que trabalham diretamente na saúde mental de adultos. Constatou-se que o relato de todas apontou a existência do compromisso ético próprio da clínica psicossocial que visa a não restrição do diagnóstico à lógica científica da normalidade, e relataram realizar práticas orientadas pelas diretrizes da atenção psicossocial. Quanto à formação acadêmica, apontaram ser suficiente para fornecer as bases éticas da atuação psicossocial, porém, com relação aos conteúdos epistemológicos voltados para a saúde mental ainda estavam aquém do esperado e necessário para contemplar a complexidade da realidade do CAPS. Apesar disto conseguem construir respostas criativas de estratégias que aproximam os serviços dos usuários. Notaram-se avanços no que diz respeito às contribuições

ao núcleo de conhecimento da Psicologia a partir da atuação no CAPS, uma vez que estas profissionais atuaram na potencialização do sujeito e sua reabilitação social consolidando cada vez mais o modo psicossocial e a lógica da clínica ampliada.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS; Reforma Psiquiátrica; Psicologia.

THE PSYCHOLOGY IN THE CAPS

ABSTRACT: We intend, with this article, to problematize how Psychology has been articulated to the foundations of the Brazilian Psychiatric Reform to act in the Psychosocial Attention Centers (CAPS), in Vitória-ES. The research took place in 2015, having as a methodological outline the field research, with semi-structured interviews with psychologists working directly in the mental health of adults. It was verified that the report of all pointed out the existence of the ethical commitment proper to the psychosocial clinic that aims at not restricting the diagnosis to the scientific logic of normality, and reported performing practices guided by psychosocial care guidelines. As for the academic formation, they pointed out that it was enough to provide the ethical bases of psychosocial performance, but with regard to the epistemological contents aimed at mental health, they were still less than expected and

necessary to contemplate the complexity of the CAPS reality. Despite this, they are able to build creative responses to strategies that bring users' services closer together. Advances were made regarding the contributions to the knowledge base of Psychology from the CAPS activity, since these professionals worked on the subject's empowerment and its social rehabilitation, consolidating more and more the psychosocial mode and the logic of the extended clinic.

KEYWORDS: CAPS; Psychiatric Reform; Psychology.

1 | CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao problematizarmos como a Psicologia tem se articulado aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de Vitória-ES, analisamos como as (os) psicólogas têm atuado na saúde mental, inserida no modo de cuidado psicossocial, e quais as contribuições deste campo para atenção à loucura.

Trabalhar na construção de uma lógica que garanta um bem estar psicossocial, coletivamente requer atuações interdisciplinares, numa construção de saber transdisciplinar e ações intersetoriais. É, sobretudo, uma afirmação diária no âmbito das micropolíticas dos Direitos Humanos, mas não sem os embates macro políticos [partidários]. Isto possibilita a construção de uma vida plena em todas as suas dimensões: existencial, cidadã, política, etc.

Na área da saúde coletiva, especificamente, houve uma mobilização, que aconteceu no contexto mundial, para construção de uma concepção de saúde ampliada, concretizada com o documento Declaração de Alma Ata, de 1978, que se tornou uma das fontes das diretrizes norteadoras dos cuidados à saúde no mundo (CAZAQUISTÃO, 1978).

Este documento passa a considerar a saúde como, não apenas a ausência da doença, mas, uma consequência de vários condicionantes sociais. Aponta para as questões econômicas relacionadas à saúde dando ênfase à atenção primária como a mais eficiente, por estar mais próxima da população, e ainda para a hierarquização do sistema de saúde em níveis de complexidade, para a importância da participação e do controle social dentro deste processo da prevenção e promoção de saúde da coletividade e para a intersetorialidade das ações de promoção de saúde e das políticas públicas conferindo maior capacidade resolutive destas ações (CAZAQUISTÃO, 1978).

A importância da Declaração de Alma Ata é discutida em função de sua proposta: trazer, ao mesmo tempo, valores e princípios ligados à concepção ampliada de saúde e ao compromisso de **saúde para todos**, e também a preocupação com os princípios que podem ser vistos como mais voltados para o objetivo da racionalidade dos recursos destinados à saúde, que também se encontra na lógica das questões econômicas do campo da saúde e relacionado às concepções divergentes sobre o papel do Estado nessa área (NOGUEIRA, 2001).

No Brasil aconteceu, a partir das reivindicações sociais para melhores condições de vida e de trabalho na área da saúde, uma movimentação que acabou culminando na constituinte. O país começou a se reconstituir como Estado de Direito norteados pela lógica do Estado de Bem-estar Social, que tinha uma função interventiva e reguladora a partir dos mecanismos políticos e econômicos institucionais em prol da coletividade (NOGUEIRA, 2001). Todos estes movimentos contribuíram para o surgimento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

É importante explicitar que foi exatamente naquele período histórico que a Psicologia brasileira, e algumas outras profissões e campos de saberes, incluindo a Psiquiatria, começou a discutir e se questionar eticamente sobre os produtos que dela emergiam no contexto social. Começaram a problematizar a efetivação da função social da prática *Psi*, e avaliar suas ações frente aos princípios fundamentais do SUS e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Questionou-se bastante sobre os efeitos de suas atuações na Saúde Pública brasileira e especificamente na saúde mental.

Na área da Saúde Mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica apoiou e fortaleceu ainda mais as questões da mudança de paradigmas no cuidado à saúde. Foi a partir das denúncias “[...] das condições de vida nos manicômios e da falta de respostas adequadas à atenção à saúde mental [...]” (DESVIAT, 1999, p. 142) que as condições da saúde mental brasileira daquele momento histórico, transformaram-se numa questão de política (DESVIAT, 1999).

No Brasil o documento que legitimou os direitos à saúde mental foi a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, fruto de um longo processo de discussão entre grupos no país inteiro. Nos seus primórdios, a Reforma Psiquiátrica convergiu com o movimento sanitarista brasileiro, caracterizando-se com o ingresso dos profissionais *Psi* nos espaços de políticas e estratégias de saúde no Estado na tentativa de integrar o cuidado à saúde (AMARANTE, 2013).

Com o surgimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, houve ampliação dos fundamentos do cuidado à saúde mental, com uma perspectiva mais ampliada da desinstitucionalização, adotando a discussão da loucura como fenômeno humano e a defesa de sua presença no cotidiano da sociedade, rejeitando as práticas de cuidado que tivessem o isolamento e a exclusão como ponto de partida ou como elementos naturalizados nas práticas de saúde (AMARANTE, 2013).

Ao entendermos o SUS como um processo contínuo em construção, que abrange ações desde a política e economia mundial, até a esfera das micropolíticas e do fazer cotidiano, implica também entendermos a possibilidade de reorientar e reorganizar o sistema para atender às necessidades da sociedade (CAMPOS, 2007a). Com o SUS, há uma consolidação cotidiana de construção de uma saúde coletiva voltada para a potencialização social.

Sendo assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos/estratégias de cuidados conquistados que estão inseridos no SUS pela Rede de

Atendimento Psicossocial (RAPS), fruto do processo de redemocratização brasileira, dos movimentos sociais, da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2013). Com sua instituição legitimada pela Portaria nº 3.088/MS de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), foi possível redirecionar toda a lógica de cuidado da saúde brasileira, especialmente a saúde mental, numa constante superação do modelo biomédico asilar rumo à atenção psicossocial.

Amarante (2015) explica que a reforma psiquiátrica resulta em um processo social complexo que envolve diversas ações de mudança que aconteceram, e que ainda continuam em movimento atualmente, devendo abranger quatro dimensões, a saber: a dimensão epistemológica, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-político e a dimensão sociocultural.

Nesta perspectiva, os CAPS foram criados como serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. São, assim, considerados dispositivos estratégicos e essenciais à desinstitucionalização tão desejada pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Com uma lógica de funcionamento de atenção diária, para promover, sem segregar, a inserção social do usuário dos serviços, suas ações estão direcionadas ao território, à intersectorialidade e a provocação de mudanças no campo mesmo da saúde.

Goldberg (1998) enfatiza que uma proposta de cuidado em liberdade, recusando isolamento como princípio e prática de **cuidado** à saúde mental, é o aspecto essencial da desinstitucionalização almejada pela reforma psiquiátrica brasileira, e os vários agentes anônimos que a compõe, forçando um cuidado territorial dentro do cenário cotidiano da vida.

2 | METODOLOGIA

A produção de dados aconteceu por meio de idas pontuais aos equipamentos CAPS II e CAPS III da cidade de Vitória-ES. Nestes momentos foram realizadas entrevistas com os profissionais de psicologia que em contato prévio e, após explicitação do termo de consentimento livre e esclarecido, concordaram em participarem desta pesquisa. Utilizamos a entrevista, por ser um instrumento bastante usado nas pesquisas no âmbito da Psicologia, e por considerá-la bastante flexível, possibilitando aos profissionais que atuam frente aos problemas humanos, apreender com maior amplitude as informações fornecidas e suas nuances (GIL, 2011).

O roteiro da entrevista dividiu-se em cinco temas para atender a problematização do estudo, a saber: como está acontecendo a formação acadêmica do psicólogo que atua na saúde mental; como está ocorrendo a inserção deste profissional no contexto da saúde mental; se as práticas utilizadas pelos psicólogos em sua atuação nos CAPS estão alinhadas com as diretrizes do SUS, da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica brasileira; quais as implicações da escolha de uma abordagem psicológica na atuação do psicólogo dentro do CAPS e, por fim, quais os impactos desta atuação tanto para o

profissional, como para serviço substitutivo ao qual está inserido.

3 | RESULTADOS E CONCLUSÃO

Um dos temas levantados nesta pesquisa, relaciona-se com as atividades desenvolvidas pelas psicólogas nos CAPS e os seus objetivos. Todas elas afirmaram que realizam: O acolhimento inicial; Matriciamento; Trabalho em equipe; Construção do Projeto Terapêutico Singular; Atendimento individual; Atividade de técnico de referência; Oficinas terapêuticas; Grupo de familiares; Atendimento individual ao familiar de usuário, para fornecer suporte técnico, informações e para acolher suas demandas.

Outro tema extremamente relevante foi à construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual a maioria das profissionais respondeu que há uma participação ativa/protagonista do usuário no delineamento de seu tratamento, e que eles opinam sobre as atividades que desejam se inserir. Apesar de falarem que o PTS é realizado juntamente com o usuário, há um predomínio, em algumas respostas, de um modo de construí-lo mais pela via da oferta do profissional, ou seja, num processo de construção unilateral e hierarquizada, sob a ótica da indicação do especialista, não pela pactuação e pela via da negociação, na qual o usuário participa mais ativamente nesta construção. Afirmaram ainda, que o PTS é sempre reavaliado e que não é algo fixo, está sempre sendo questionado quanto à sua efetividade no que diz respeito à ampliação das potencialidades dos usuários.

Frente ao questionamento sobre o fim do tratamento ou à mudança de relação com o serviço, não ficou explícita a participação direta das psicólogas dentro deste processo, mas elas a entende como uma consequência de uma intervenção psicossocial e que por isto, acontece sob a lógica da integralidade do cuidado à saúde, relacionada com a perspectiva psicossocial e com as mudanças que vão acontecendo no próprio PTS.

Destacou-se que a **alta** advém da demanda do próprio usuário, “[...] tem pacientes que abandona e também tem períodos que **eles próprios se sentem bem e se afastam ou vem só uma vez por mês para um grupo específico como o GAT**” (E3). “Dar ‘alta’ é uma coisa bem complexa, não é só prescrever num papel, para cada paciente é de uma forma e tem um significado, mas **no geral é inserir o paciente na sociedade, na cidade**” (E4).

Quando perguntadas sobre a importância das ações que desenvolvem no CAPS e suas implicações no serviço, cada uma das entrevistadas fez um apontamento. No conjunto aparecem falas que se referem à potencialização da rede de cuidado da saúde mental; ao desenvolvimento da expressividade do paciente: para ele se colocar mais ativamente na vida; à criação de uma rede de apoio e interação ao paciente e aos desafios encontrados na atuação no âmbito da saúde mental.

Acerca dos entraves na atuação das psicólogas nos CAPS apareceram questionamentos diversos: relativos à carga de trabalho; aos pontos enfraquecidos da

rede e falta de interlocução entre os serviços; ao enfraquecimento do envolvimento das famílias nos cuidados à saúde mental; às falhas estruturais que dificultam o trabalho psicossocial e de reinserção do paciente; ao repasse de financiamento ao serviço; à dificuldade de manter o cuidado em liberdade; à falta do suporte psiquiátrico na rede; a pouca disponibilidade de recursos humanos, apontado também como falta de mão de obra; assim como a falta da valorização do trabalho e a sobrecarga de trabalho; falta de recursos financeiros; falta de formação adequada; além do fato de não se ter a formação técnica para o manejo, para a análise e avaliação dos pacientes.

Por fim, quanto à apresentação das possibilidades em avançar diante destes desafios, foram dadas as seguintes soluções: O fortalecimento do diálogo entre os serviços da rede, pois isto oferece maior suporte para se criar estratégias frente aos entraves das atividades do cotidiano do serviço, e o fortalecimento do diálogo dentro do próprio serviço do CAPS; explorar os espaços coletivos, sair mais dos locais dos cuidados à saúde mental e circular na comunidade; esforço pessoal no sentido de viabilizar sua atuação utilizando os próprios recursos financeiros para não paralisar as atividades frente às dificuldades dos recursos financeiros.

Nesse sentido, pode-se observar, com esta pesquisa, que o compromisso social do profissional da Psicologia tem se efetivado nos CAPS, segundo relato das entrevistadas.

Pode-se também identificar pelas falas, que a formação acadêmica ainda está aquém no preparo do profissional de psicologia para atuar no campo da saúde mental, da saúde coletiva e da reforma psiquiátrica, inclusive em termos de conteúdos epistemológicos. Conclui-se que ainda há o predomínio de uma formação na lógica privatista e individualista da clínica tradicional nos moldes neoliberais hegemônicos.

O mesmo cenário foi encontrado na pesquisa de Sales e Dimenstein (2009) que relatam, com relação a seus entrevistados que: “O estágio e o direcionamento do currículo durante a graduação estão marcadamente voltados para o trabalho clínico, e o enfoque teórico que direciona tais práticas clínicas são aqueles oriundos da psicanálise” (SALES; DIMENSTEIN, 2009, p. 815-816).

No entanto, ainda que a maioria dos entrevistados não tenha considerado satisfatória sua formação específica para a saúde pública e saúde mental, disse que o curso de Psicologia tem oferecido, satisfatoriamente, um arcabouço teórico amplo e generalista, que fornece conhecimentos sobre ferramentas que contribuem para o trabalho psicossocial.

Isso pelo fato do curso transmitir o posicionamento ético da profissão, o que tem contribuído para o profissional pensar criticamente sobre sua atuação, o seu papel/função e o seu compromisso com a transformação da realidade concreta. Este fato pode estar contribuindo para que o próprio psicólogo possa construir respostas criativas frente às demandas que surgem na sua atuação com a loucura.

As psicólogas têm vivenciado em seu cotidiano, práticas inovadoras e criativas. Práticas que se comprometem: “[...] de início, com a perspectiva de reconhecimento

do campo social como espaço de intervenção do psicólogo, tendo em vista que este espaço se constitui num dos determinantes do processo saúde/doença” (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004, p. 180).

Em seus relatos, elas estão realizando uma atuação de acordo com os princípios da clínica ampliada, modo de fazer privilegiado da Saúde Coletiva, demonstrando preocupação em construir novos modos inter-relacionais implicado num Projeto de Saúde Coletiva que não almeje alterar o ambiente apenas, mas também as pessoas e as relações sociais envolvidas (CAMPOS, 2007b).

Quanto à abordagem teórica, a maioria afirma que este ponto não é muito relevante em sua atuação no CAPS, uma vez que no âmbito de seu trabalho o que está sendo priorizado são as ações de reinserção e potencialização dos usuários sob o prisma do cuidado à saúde pela via da atenção psicossocial.

Neste sentido, Viganó (1997) enfatiza que é essencial seguir a construção sintomática do próprio sujeito/usuário como política de reabilitação, ou seja, na potencialização das estratégias utilizadas/construídas pelo usuário para a retomada de sua vida. E isto acontece na prática clínica, que segundo o mesmo autor, é indissociável da própria reabilitação, e estabelece uma relação dialética potente entre cuidador e usuário. Entendemos reabilitação como um “[...] processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade” (SARACENO, 1996).

Observa-se, de todo modo, com esta pesquisa, que a questão da clínica psicológica é um ponto que não forneceu muito conteúdo para discussão, pois não se conseguiu a definição ou relatos mais evidentes sobre o que seria a clínica realizada dentro do CAPS.

Pensa-se então qual seria a referência/base que o psicólogo está adotando para balizar sua atuação na saúde mental? E ainda, qual seria a concepção de clínica que estariam utilizando dentro da saúde mental?

Para dirimir tais questionamentos, recorremos à Amarante (2015, p. 109) no intuito de amparar-nos teoricamente sobre tal conceito. O autor aponta para uma concepção de clínica que:

[...] deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral [...] para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto do atual processo de reforma psiquiátrica: o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, tornar-se-á sujeito, e não objeto de saber.

Tomando como norteador a reforma psiquiátrica brasileira, que tem como princípio epistemológico-técnico-assistencial-jurídico-político-sociocultural, o processo de desinstitucionalização, coloca a clínica como uma clínica não restrita apenas à dimensão clínica, ampliando seus contornos de ação (AMARANTE, 2015).

Assim, Guerra (2004) aponta para uma clínica radicalmente diferente do

modelo psicoeducativo, homogeneizante e generalizante. Aproximando-a do modelo sociopolítico, cuja “[...] intencionalidade de retomada da vida [...] a partir do campo de possibilidades do sujeito” (GUERRA, 2004, p. 91). Parece ser justamente com esta concepção que as entrevistadas relatam trabalhar a clínica dentro dos CAPS.

Quanto às atividades realizadas pelas psicólogas, confere-se que a maioria das ações nos CAPS II e III do município de Vitória, são aquelas que estão voltadas para intervenções com grupos como, por exemplo, as oficinas terapêuticas e os grupos com familiares.

Elas as realizam no intuito de promover, outros modos de expressão dos usuários, agenciando um espaço de trocas e de possibilidade de interação dos usuários entre si, destes com o serviço e outros profissionais do CAPS. Estas atividades são similares àquelas descritas pelos psicólogos que atuam em CAPS na cidade de Natal (SALES; DIMENSTEIN, 2009). Ainda com relação às atividades desenvolvidas nos CAPS, não houve distinção de intervenções ou atuação do psicólogo entre os CAPS II e III.

Destacou-se que apenas uma participante atua diretamente no movimento da luta antimanicomial. Ou seja, a dimensão política está sendo vivenciada, ativamente, apenas por uma das psicólogas, enquanto as outras atuam apenas na vertente do cuidado direto ao usuário do CAPS. Não que isto seja algo despotencializador da lógica do cuidado psicossocial e antimanicomial, mas pode ser indicativo de que esteja faltando ao psicólogo se engajar mais ativamente na luta antimanicomial.

Em acordo com Benevides (2005), esta pesquisa aponta, também, que tal participação política poderia trazer contribuições, em prol da melhora de condições do cuidado à saúde mental, melhorando consequentemente, a sua condição de trabalho. Isto pode atenuar os possíveis desgastes do trabalho em decorrência dos entraves da uma atuação antimanicomial, que é contra hegemônica.

No que diz respeito à especificidade da atuação das psicólogas nos CAPS, isso não foi destacado pelas entrevistadas, mas questionado na entrevista. E ao responderem, a maioria afirma que esta especificidade estaria na atuação psicoterápica, nos moldes do acompanhamento individual ao usuário, ainda que esta seja uma atividade pouco realizada no serviço segundo seu próprio relato.

Destaca-se que esta foi exatamente a mesma resposta obtida por Sales e Dimenstein (2009) ao fazerem questão similar para as psicólogas nos CAPS de Natal-RN, o que confirma que elas parecem identificar nesta atividade seu núcleo de saber, apesar deste formato de prática clínica ser justamente o que se põe em questão na atenção psicossocial nos CAPS.

Ressalta-se que todas as atividades relacionadas pelas psicólogas têm a função de potencializar a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que se trata de dispositivos construídos a partir da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, que proporcionam o protagonismo e dá possibilidade deste de se colocar e falar de sua condição frente às questões de saúde, e de sua vida. Torna-se um mecanismo relevante de responsabilização do sujeito, da possibilidade em realizar pactos

frente sua saúde, na construção de contratualidade social e amplificação/ampliação de sua autonomia [possível], e da garantia de integralidade de cuidado à sua saúde.

Contudo, contrapondo-se a esta efetividade das ações apontadas, marcou-se uma diferença a questão de apenas duas das participantes apontarem dentre suas atividades o atendimento à crise, podendo levar ao questionamento de que se estariam, estas profissionais, realmente preparadas, ou pelo menos advertidas, para o acolhimento da crise nos CAPS? Pois se evidencia nos relatos que ainda há dificuldade de se lidar com a crise por parte das psicólogas e do serviço. Fato este que pode ser observado a partir da fala de uma das entrevistas quando aponta que durante uma crise de um dos usuários foi necessário recorrer a outros serviços que se utilizam como modo de intervenção a contenção física, a saber: o SAMU.

Não que este tipo de intervenção não possa ser utilizado, mas no modelo substitutivo proposto, seria um dos últimos recursos que o profissional deveria lançar mão, priorizando o acolhimento da demanda/crise do usuário de modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2012). Mas o certo é que, se não puder acolher uma crise nos CAPS, onde mais isto pode acontecer, uma vez que este é o *locus* construído no seio da reforma psiquiátrica para transformar o acolhimento e cuidado à pessoa em sofrimento, que há muito tempo é regido pela lógica biomédica de internação e **medicamentalização**? O CAPS deixa de ter o caráter de serviço substitutivo à lógica hegemônica e passa a ser mera alternativa de cuidado, contrariando todas diretrizes/balizadores da atenção psicossocial.

Este tipo de intervenção como prática prioritária do acolhimento à crise relatada na pesquisa, também foi apontado por Martinhago e Oliveira (2012). Conclui-se assim, ser necessário o preparo técnico dos profissionais, principalmente psicólogos que atuam nos CAPS II e III, para lidarem com o usuário.

Costa-Rosa (2012), Birman e Costa (2014) afirmam que no modelo psicossocial, a crise deixa de ser apenas uma consequência das condições individuais do sujeito/ usuário para lidar com as complexas questões do sofrimento. Nesta concepção este é considerado como uma das dimensões da crise, mas passa a ser uma questão comunitária. O primeiro autor explica que:

No modo psicossocial espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo durante a crise (sem alijá-lo dos elementos essenciais dela) até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. [...] No modo psicossocial dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo - sem perder de vista, [...] às formas de recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho (COSTA-ROSA, 2012, p. 155).

Já no que se referem ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, todas as participante afirmaram que o realizam frisando sua importância dentro do serviço, à potencialidade desta ação para desenvolverem um trabalho mais integrativo, participativo e efetivo no CAPS e entre outros serviços, principalmente quando há

a necessidade de partilhar casos com outras equipes e outros setores. Partilhar e discutir casos com a equipe e entre os serviços contribui para a desconstrução da lógica asilar, manicomial. Produz novos lugares para loucura, estabelece-se nova relação com ela, e cria sentido “[...] para a própria existência e da produção de sua própria singularidade” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 82), enfim, reconstrói uma cultura voltada para a diversidade.

Outro ponto que se destacou foi a falta dos profissionais de psiquiatria nos serviços, inclusive na atenção básica de saúde. Este ponto foi bastante enfatizado, e colocado como um dos maiores impedimentos de uma intervenção de melhor qualidade dentro dos CAPS, tanto no CAPS II, como no III.

Apesar das entrevistadas realizarem uma reflexão acerca da função do poder biomédico e do processo da **medicamentalização**, observa-se no decorrer da pesquisa, que há uma demanda, prioritariamente, referente à carência das condições básicas de vida que não se restringem apenas ao setor da saúde e que requer a busca de caminhos alternativos para ações mais amplas de promoção à saúde (IGLESIAS, 2009). Em contrapartida, constata-se que estas mesmas profissionais têm lançado mão de ações cujo paradigma é o da complexidade, ou seja, de utilizar-se dos paradoxos da vida para encontrar soluções frente à realidade que nos apresenta os CAPS.

E, por fim, no quesito de se fazer avançar frente aos desafios do cuidado com a loucura, a maioria das entrevistadas apontou a formação como prioridade para fazer avançar no cuidado à saúde mental, indubitavelmente, porque a formação proporciona maior discernimento sobre as questões da saúde mental e sobre as funções/papeis dos serviços e dos profissionais que estão inseridos neles.

No que diz respeito a este ponto, Vasconcelos (2004) afirma que já existe uma mudança com relação à formação profissional da Psicologia, mas ela se restringe apenas ao aumento de estagiários nos serviços de saúde mental, o que possibilita que eles tenham alguma experiência neste campo durante seu processo de formação. E isto também pôde ser corroborado com a presente pesquisa.

Consideramos que uma formação mais voltada para a realidade dos serviços contribuiria para a retomada dos princípios das conquistas histórico-sociais da saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e do SUS. Principalmente se for considerado o fato de apenas uma profissional ter se referido diretamente ao aspecto político da luta social. A preocupação como se constituem nos serviços pesquisados as dimensões teórico-conceitual e sociocultural se coloca como um ponto merecedor de maiores investigações.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2015, p. 109-126.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 6ª reimp. da 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2015.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 5 reimp. da 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014: 41-72.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2011.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privativo para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, supl., 2007a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2014.
- _____. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.
- CAZAQUISTÃO. Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários. **Declaração de Alma-Ata**: Saúde Para Todos no Ano 2000, 1978.
- COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. 3 reimp. da 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012: 141-68.
- DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999: 135-54.
- FIGUEIREDO, Vanda Valle de; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- GIL, Antônio Carlos. **Método e técnicas de pesquisa social**. 4. reimpr. da 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- GOLDBERG, Jairo Idel. **Cotidiano e instituição**: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. 2 v. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev Latinoam Psicopat Fund.** São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume07/n2/reabilitacao_psicossocial_no_campo_da_reforma_psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2015.
- IGLESIAS, Alexandra et al. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 110-127, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2015.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2015.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Estado de Bem-estar Social - origens e desenvolvimento. **Revista Katálisis**, Florianópolis, n. 5, p. 89-103, 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/5738/5260>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

SALES, André Luís Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 812-827, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400012>. Acesso em: 08 out. 2015.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996: 13-8.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**. Rio de Janeiro, v.1, n. 0, p. 73-90, 2004. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/22>>. Acesso em: 03 set. 2015.

VIGANÓ, Carlo. Terapia ou reabilitação. In: _____. **Saúde mental: psiquiatria e psicanálise**. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental/Associação Mineira de Psiquiatria, 1997. p. 23-27.

A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM PSICOLOGIA: DESAFIOS E REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO

Silvana Viana Andrade

Faculdade de Tecnologias e Ciências - UniFTC
Vitória da Conquista – Bahia

Suze Cristina Barros dos Santos

Faculdade de Tecnologias e Ciências - UniFTC
Vitória da Conquista - Bahia

Vânia Matias de Oliveira

Faculdade de Tecnologias e Ciências - UniFTC
Vitória da Conquista - Bahia

RESUMO: O suicídio é considerado um problema sério de saúde pública pouco debatido na sociedade e principalmente nos cursos de graduação que lidam diretamente com a saúde mental do indivíduo, no quais se inclui o curso de Psicologia. Nessa perspectiva, este artigo teve como objetivo investigar se os discentes do 8ª e 9º períodos do curso de Psicologia de uma faculdade privada do interior baiano sentem-se preparados para acolher pessoas com ideias suicidas, se tiveram embasamento teórico na graduação sobre essa temática, bem como se saberiam qual conduta efetuar diante de um paciente que traz ideias suicidas. A pesquisa foi desenvolvida em uma abordagem qualitativa utilizando como instrumento metodológico a entrevista estruturada por meio de questionário, contendo questões dissertativas, contando com 42 colaboradores de pesquisa. A partir

da análise das informações obtidas observou-se contradições nas respostas dos discentes e a necessidade de reformulação na grade curricular com o intuito que essa temática seja mais enfatizada. Destaca-se um número significativo de discentes que declararam não saber que conduta aderir com paciente que apresentar ideação suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Saúde Mental. Suicídio. Ideação Suicida.

ACADEMIC EDUCATION IN PSYCHOLOGY: CHALLENGES AND REFLECTIONS ON SUICIDE

ABSTRACT: Suicide is considered as a serious problem of public health rarely discussed in society e especially during the period of graduation of Psychology degree. At this perspective, the objective of this article is investigate if the students on the 8th and 9th periods of the Psychology degree in a private institution of the inland of the state of Bahia feel prepared to help people with suicide ideation or if these students had theoretical basis in the period of graduation about this topic and which conduct they would have for a patient with suicide ideas. This research was developed into a qualitative approach, it had as methodological instrument interviews organized by questionnaires, containing dissertative

questions and count with 42 students contributors. Through the questionnaires, it was observed some contradictions between the answers of the students and the need of a new curriculum programming with the intention of emphasizing this approach. Among the research it was noticed that many students declared that would not know how to act during a situation with a patient with suicide excogitation.

KEYWORDS: Psychology. Mental Health. Suicide. Suicide Ideation.

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo que desafia pesquisadores e estudiosos de diversas áreas a buscar explicações que definam melhor a temática, na tentativa de compreender uma autodestruição que não se sustenta em uma explicação simplista ou homogênea.

Durkheim (2000), define o suicídio como toda morte que tem consequência imediata, sendo concretizada pela própria vítima. Nesse sentido, Angerami-Camon (2004), argumenta que o suicídio aparece como uma das atitudes mais desumanas de autodestruição, pois ele suscita diversos questionamentos que, muitas vezes, não encontram respostas no âmbito científico, acadêmico ou até mesmo nas explicações religiosas.

Marx (2006), traz uma explicação mais voltada aos processos sociais, explicitando que as pessoas estão muito sozinhas, não interagindo com outras e em relação à afetividade, agindo de maneira indiferente ou de forma individualista. Angerami-Camon (2003), ressalta que o suicídio é um ato que atinge não só a pessoa que o comete, mas também a família e amigos. Esse fato, como outras manifestações sociais, geralmente não movimentam a sociedade no sentido de combatê-lo, mas provoca o questionamento direto sobre a própria estrutura existencial e social.

Platão (2008, p. 61) aborda a questão do suicídio da seguinte forma:

O homem que mata aquilo que todas as coisas lhe é mais familiar e, como se diz, mais amável, o que ele deve sofrer? Falo daquele que mata a si mesmo, aquele que com violência, priva-se da parte que recebeu do destino, sem ter sido ordenado pela justiça da cidade, sem ser forçado por uma grande dor inevitável que o atinja por acaso, sem que tenha parte em alguma vergonha sem saída e contrária a vida.

Platão (2008) acreditava que o suicídio era um ato que suscitava a vergonha e ao mesmo tempo a covardia, pois a pessoa se penalizava, tirando a própria vida, privando-se de procurar a solução do seu problema e fazia uso da violência para chegar a um ponto final. Na Antiguidade, a pessoa que cometia a autodestruição não tinha direito a um túmulo regular e suas mãos eram sepultadas separadamente. A mão era avaliada como homicida e a sua separação destinava-se a evitar que cometesse outros atos proibidos. O impedimento dos ritos funerários era uma forma de punição, para evitar um possível contágio dos cidadãos pelo suicida. (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

No contexto atual a morte ainda é vista como um tabu, pois a maioria dos indivíduos não gosta de dialogar sobre o tema, principalmente quando se trata de suicídio. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que o número de suicídio aumentou de forma significativa em todos os países. Em decorrência disso, falar sobre essa temática é de extrema importância, tendo em vista o impacto causado aos familiares e à sociedade.

Nessa perspectiva, ressalta-se a pertinência da realização de pesquisas sobre esse tema, já que o suicídio é uma fatalidade pessoal, familiar e social, tornando-se uma questão de saúde pública. Por essa razão a prevenção ao suicídio é relevante, e para que seja efetiva é importante agregar à formação de profissionais de saúde mental debates e informações consistentes sobre a temática. Nesse contexto, faz-se importante discutir a formação desses profissionais, no sentido de trazer possíveis contribuições para a melhoria desse processo, elucidando a importância de uma formação sólida que possa contribuir na prevenção do suicídio. Nesse âmbito esse trabalho objetivou investigar de que forma os discentes do curso de Psicologia de uma faculdade privada de uma cidade de médio porte do interior baiano lidam com a temática do suicídio. Buscou também compreender se esses discentes se consideram preparados para conduzir situações clínicas em que os pacientes apresentem ideias suicidas.

2 | CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A MORTE

Dias (1991), afirma que em várias culturas a morte é analisada como um fenômeno natural da vida humana, sendo considerada necessária para a própria estabilização e sobrevivência da sociedade, além de ser componente essencial da natureza.

Por essa razão, Gutierrez e Ciamponi (2007) ressaltam que cada cultura tem sua própria conduta, crenças, procedimentos e maneiras que proporcionam à pessoa uma noção de como agir e como deve se comportar frente à morte.

Kubler-Ross (1996), afirma que o ser humano ainda tem muita dificuldade em lidar com o tema morte, principalmente quando pensa na própria morte. Geralmente a pessoa luta contra ela, buscando a vida e evitando debater sobre essa temática. Psicologicamente o indivíduo tende a negar a morte, pois prefere acreditar na imortalidade, naturalizando a morte do outro.

Para Sartre (2001), a autodestruição é uma manifestação humana assumida pela condição de liberdade. Para ele a liberdade aparece como uma condenação quando responsabiliza o ser humano por seus atos.

3 | A PSICOLOGIA E O SUICÍDIO: AÇÕES, CUIDADOS E PREVENÇÃO

Profissionais da saúde mental, entre eles os da Psicologia, foco dessa investigação, tem um papel importante diante de uma pessoa com ideação suicida

e sua conduta torna-se essencial às pessoas que anunciam ou denunciam ideias suicidas ou que relatem tentativas de suicídio.

Para Angerami-Camon (2003), quando uma família perde, por suicídio, algum ente querido, o psicólogo deve estar preparado para o acolhimento, tendo a capacidade de compreender o sofrimento dos familiares, sem fazer julgamentos ou ter atitudes críticas a “supostas falhas” no contexto familiar.

De acordo com Simonetti (2004), quando o paciente está com alguma ideia suicida, o psicólogo precisa comunicar imediatamente a família sobre a situação, recomendando que a pessoa não fique sozinha e que os familiares retirem os objetos cortantes, cordas, armas de fogo. Cabe também ao psicólogo orientar a família sobre o encaminhamento ao médico psiquiatra. É na intervenção psicoterápica que se estabelece a construção de vínculo, importante no trabalho com o paciente que tem pensamentos suicidas, possibilitando que este expresse suas angústias e sentimentos.

Diante de uma situação de ideações suicidas é importante que o terapeuta consiga um bom relacionamento com o paciente e empatia com os familiares para que, conjuntamente, possam acompanhar o paciente durante o tratamento (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO; 2006). Nesse contexto, o Conselho Federal de Psicologia (2013), ressalta que o profissional da Psicologia, na área da saúde pública, poderá fazer intervenções quando possuir embasamentos teóricos ou possuir competência para compreender esse fenômeno e distinguir os fatores que induzem ao risco de suicídio. É importante ressaltar para os profissionais da saúde e principalmente para os psicólogos, que já existem na área da saúde, publicações acessíveis que auxiliam sua atuação nesse âmbito.

Outro fator necessário para a construção da confiança na relação terapêutica é o sigilo profissional, que é fundamental e possibilita que o paciente fale de suas angústias, medos, confiando que suas palavras estarão protegidas. Para Silva (1998), quando o paciente apresenta ideação suicida ou já tentou o suicídio, o profissional deve se atentar sobre as questões éticas relacionadas ao sigilo e agir de acordo com o código de ética profissional, tomando decisões que garantam a relação saudável com o paciente, mantendo a confiança e garantindo a segurança.

Nesse contexto, o psicólogo deve sempre aprimorar seus conhecimentos sobre o tema, investigando os motivos que levam a pessoa à autodestruição, como por exemplo: discussões familiares, transtornos psiquiátricos etc. Para o Conselho Federal de Psicologia (2013), o psicólogo deve sempre mostrar que existe alguma vulnerabilidade psíquica que necessita ser compreendida. Deve também reavaliar sua própria concepção do fazer psicológico, para que este consiga interpretar as situações em torno do indivíduo a fim de evitar a tentativa de suicídio.

Devemos destacar que suicídio representa um problema grave de saúde pública, nessa perspectiva, ao se falar em prevenção, é necessário a identificação precoce de alguns indícios apresentados pelo indivíduo para que seja feito o encaminhamento aos profissionais e instituições de cuidado especializadas, dentre essas, as instituições de

cuidado em saúde mental. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2010), não só os transtornos mentais podem levar ao suicídio, fatores sociais, econômicos e culturais relacionados à contemporaneidade e a ausência de esperança de vida podem levar ao ato.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que o número de suicídios diários no mundo chega, em média a três mil (3.000), sendo que as tentativas são quase o dobro desse número. A partir desses números, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (2013/2017), organizou alguns objetivos no plano de prevenção e entre os principais estão: o aumento dos níveis de bem-estar psicológico e a acessibilidade aos cuidados de saúde, a diminuição no acesso a meios letais e o aperfeiçoamento do conhecimento e da educação em saúde mental. (BRASIL, 2014).

O suicídio é um grande problema da saúde pública para homens e mulheres de todas as idades, raças e etnias. Aumentar a atenção do público para esse problema por meio da exposição do impacto do suicídio, em nossas vidas, em nossas comunidades, em nosso governo e na mídia constitui uma abordagem nacional para prevenção do suicídio. (WENZEL; BROWN; BECK, 2010, p 264).

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2014), as estratégias de prevenção da ideação suicida necessitam da comunicação de equipes, sendo essas multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais, todas relacionadas à área da saúde. Assim, a vertente da saúde necessitará trabalhar como o núcleo central de forma organizada e planejada, ocorrendo sempre a operacionalização e a avaliação, para que o trabalho não aconteça de forma isolada. No Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, os Estados-Membros da OMS se comprometeram a trabalhar o objetivo global de reduzir as taxas de suicídios dos países em 10% até 2020. (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2018)

De acordo com Chiaverini (2011), quando o paciente apresenta uma concepção suicida, o terapeuta deve estabelecer um diálogo, fazendo perguntas simples sobre o assunto e tendo uma boa visão do contexto para poder perceber a existência do risco de suicídio. Para complementar, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009) destaca que na prevenção ao suicídio deve-se dar atenção especial aos indivíduos que já tentaram o suicídio anteriormente, pois estes têm maiores chances de repetir o ato.

Em contrapartida o Conselho Federal de Psicologia (2013), ressalta que para prevenir o suicídio é importante valorizar o tema vida. Diante disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2010) almeja tornar conhecidas informações a respeito desse assunto, também ressaltando sobre os transtornos mentais e o seu tratamento, com uma linguagem acessível, para que, de um modo geral, informe as pessoas facilitando a procura por auxílio dos profissionais habilitados da área de saúde, sempre que ocorrer a desconfiância de risco de suicídio.

4 | O CAMINHO DA PESQUISA

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa empenha-se em um nível de realidade que enraíza no mundo dos significados, das atuações e das relações humanas. Assim, essa abordagem permite analisar o que os indivíduos avaliam sobre seus conhecimentos, sua história de vida e suas ideias, possibilitando o conteúdo da compreensão de si mesmo.

A pesquisa foi desenvolvida em uma faculdade privada do interior da Bahia, tendo como colaboradores os discentes do oitavo e nono períodos, do curso de Psicologia, que iniciaram ou já estavam em andamento na prática do atendimento clínico por meio dos estágios curriculares. Na faculdade, em questão, o oitavo e o nono período do curso de Psicologia só possuem turmas em andamento no período noturno.

Utilizou-se como instrumento metodológico a entrevista estruturada por meio de questionário, contendo questões dissertativas, contemplando quatro perguntas com intuito de investigar sobre o tema do suicídio, a situação do cotidiano clínico de atendimento e se o curso abordou teoricamente a temática.

De acordo com Gil (1999), a entrevista estruturada amplifica-se através de uma definição de perguntas, em que a ordem e a escrita permaneçam constantes para todos os participantes. May (2004), complementa ressaltando que as entrevistas são empregadas no intuito de compreender como as pessoas interpretam o mundo e o meio social e como neles atuam.

Para a pesquisa todos os discentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa, sigilo, garantia do anonimato, entre outras questões; respeitando, portanto, os preceitos éticos exigidos para a realização de uma pesquisa. Durante a pesquisa a aplicação do questionário ocorreu em sala de aula, em horário específico, comunicado previamente. Colaboraram com a pesquisa, 20 discentes do oitavo período, com idades entre 20 e 44 anos; e 22 discentes do nono período, com idades entre 22 e 46 anos, contabilizando 42 colaboradores.

Na primeira parte do questionário haviam questões que objetivaram obter informações sobre: idade, sexo e período do curso. Na segunda parte tratou-se de questões que abrangeram uma noção teórica, buscando compreender o conhecimento dos estudantes de Psicologia sobre a temática suicídio e as situações que podem ocorrer no atendimento clínico à pacientes com ideias suicidas.

Para análise das informações obtidas nos questionários, foram utilizadas publicações pertinentes à temática do suicídio, bem como categorias temáticas como sugere Bardin (1977), na Análise de Conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens.

Diante do exposto, vale salientar que a análise de conteúdo é um composto de métodos e análise de comunicações que tem como meta ultrapassar as

improbabilidades e enriquecer a leitura dos dados pesquisados. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Ressalta-se que na Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977), há vários procedimentos metodológicos a serem cumpridos, entretanto nesta pesquisa foram utilizados apenas as categorias temáticas. Assim, elencamos as seguintes categorias: 1) Embasamento teórico da temática suicídio; 2) Percepção dos discentes sobre possíveis mudanças na formação; 3) Conduta dos discentes frente ao paciente com ideias suicidas; 4) Formação e concepção teórica para a atuação do Psicólogo.

4.1 Discussão teórica sobre o suicídio em sala de aula

Dos 42 discentes que participaram da pesquisa, 53% afirmaram que tiveram embasamento teórico, enquanto que 47% disseram que não tiveram esse embasamento. Os discentes do oitavo período afirmaram ter contato com a temática nas disciplinas: Psicopatologia, Psicologia Jurídica e Desenvolvimento Humano. Os discentes do nono período que tiveram contato com a temática afirmaram que, além das disciplinas destacadas elencadas acima, discutiram a temática nas disciplinas Psicologia Hospitalar e Psicanálise.

Entretanto, diante do que foi questionado sobre o embasamento teórico em aula na graduação, ocorreu uma contradição nas respostas, tanto do oitavo, quanto do nono período, no sentido de alguns terem respondido que tiveram embasamento teórico e outros não. Por essa razão, enfatiza-se que durante o período da graduação, os profissionais da saúde especialmente os da Psicologia, devem ser preparados para acolher e propiciar o bem-estar nos indivíduos que buscam ajuda. Entretanto, essa temática é trabalhada de maneira técnica, sem que os sentimentos relacionados a ela sejam abordados, ainda que esse fenômeno se torne real. (IGUE; ROLIM; STEFANELLI, 2002).

4.2 Percepção dos discentes sobre possíveis mudanças na formação

O suicídio, por ainda ser tratado como um tabu na sociedade, deve ser tema recorrente de pesquisa e debate pelos profissionais da saúde e em especial os da Psicologia que geralmente lidam com situações de ideação suicida.

Sendo assim, nas perguntas sobre as possíveis mudanças na formação acadêmica, relacionadas à maneira de trabalhar com pessoas que tem ideias suicidas, 61% dos discentes disseram que para poder lidar com esta temática em sua formação profissional, seria de suma importância ter disciplinas específicas sobre o tema, considerando a importância da teoria para a atuação do psicólogo. Nesse sentido, Angerami (1986), trata da importância do trabalho psicológico e psicoterápico na orientação dos familiares e das pessoas que tentaram suicídio, divulgando fatores sociais, políticos, econômicos e culturais concernentes à individualidade humana.

Esses fatores merecem atenção da opinião pública e das autoridades competentes na reflexão e estudos sistematizados da temática do suicídio.

Desta forma, torna-se relevante a busca do conhecimento sobre a temática de forma mais elaborada, principalmente no meio acadêmico. O embasamento teórico sobre o suicídio é importante para que o profissional tenha uma ampla noção, para que sua atuação seja precisa e segura dentro do contexto que o cerca, possibilitando a ele e ao paciente um enfrentamento satisfatório em benefício da manutenção da vida.

Ainda sobre a questão, 47% relataram que deveria haver mais informações sobre o tema; 26% disseram que deveria ser oferecido pela Instituição de Ensino Superior um curso extracurricular sobre a temática; 11% falaram sobre a importância do conhecimento das patologias que podem levar ao suicídio; 11% ressaltaram sobre a importância de uma disciplina que abordasse a temática, explorando o conceito de morte e luto e ressaltando o estudo específico da temática para uma boa formação profissional; 5% disseram que deveria ter orientação voltada ao acompanhamento familiar do paciente.

Diante das respostas expostas pelos participantes, evidenciou-se a importância de se apresentar as especificações trazendo conceitos que expliquem melhor a diferença entre tipos de suicídio, que são: 1) Suicídio propriamente dito que é a autodestruição; 2) Ideação Suicida que é o pensamento relacionado ao ato; 3) Intenção Suicida é o desejo subjetivo que o ato resulte em morte; 4) Comportamento Suicida que são as ações tomadas pelo indivíduo para terminar com a própria vida; 5) Tentativa de Suicídio são os atos que não causaram a total fatalidade; 6) Risco de Suicídio é a probabilidade do indivíduo com fatores de risco cometer o ato. (CHIAVERINI, 2011).

Com isso, Durkheim (2000), ressalta que existem três tipos de suicídio: 1) o Altruísta, que ocorre quando o indivíduo sente-se no dever de cometer o ato, pois não está mais suportando viver; 2) o Egoísta, que se deve à falta de contato do indivíduo com o meio social, trazendo a análise de que sua morte não causará maiores impactos na sociedade; 3) o Anômico, que ocorre quando o indivíduo perde sua identidade ao passar por problemas econômicos e sociais.

Sobre o relato dos discentes que tratam a importância do estudo sobre as patologias que levam ao suicídio, Dias (1991) ressalta que alguns autores distinguem três causas influenciadoras do suicídio que são: as causas orgânicas, representadas pelas doenças endógenas que contribuem para o agravamento de determinados quadros psíquicos, com isso podendo levar a pessoa a autodestruição; as razões emocionais e as razões filosóficas, motivadas por pretextos que o indivíduo percebe como ilustres.

Nesta perspectiva a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), destaca que existem alguns transtornos mentais que podem ser associados ao suicídio como, por exemplo, o transtorno do humor bipolar, a depressão, a dependência química, entre outros. A esquizofrenia e algumas características de personalidade também são consideradas fatores de risco. Essa situação pode ser ainda mais grave quando

associada ao uso e abuso de álcool e outras substâncias.

4.3 Conduta dos discentes frente ao paciente com ideias suicidas

Ao questionarmos sobre a conduta a ser tomada diante do paciente com ideação suicida, dos 42 discentes, 50% ressaltaram que não saberiam que conduta adotar. O percentual apresenta um número significativo de discentes que declararam não ter preparo para lidar com a situação. Diante de tal posicionamento o Ministério da Saúde aponta que para trabalhar com pacientes com ideação suicida é importante que o primeiro contato aconteça em um lugar adequado para que ocorra um diálogo tranquilo, mantendo a privacidade do paciente. Outro fator trata da saúde emocional do profissional, necessária para o acolhimento e escuta do paciente, com calma e empatia, não fazendo julgamento ou perguntas indiscretas e com isso reduzir o nível de angústia do paciente. (BRASIL, 2006).

Ainda sobre essa questão, 66% dos discentes ressaltaram que trabalhariam questões relacionadas à demanda e comunicariam ao paciente para que este avise ao familiar sobre a situação ou declaração; 19% relataram que tomariam uma atitude de acordo com o código de ética, quebrando o sigilo, para a prevenção de suposta morte; 15% disseram que analisariam as contingências, identificando como elas se mantêm, fazendo com o que o indivíduo identifique os pontos positivos de sua vida.

No contexto da ética profissional, é sabido que o profissional trabalhará almejando promover a qualidade de vida e a saúde das pessoas, colaborando para a eliminação de qualquer tipo de discriminação, negligências etc. Sendo importante ao psicólogo honrar o sigilo profissional com o intuito de proteger, através da confidencialidade a intimidade do indivíduo. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2014). Dutra (2000), faz uma ressalva dizendo que muitas vezes os estudantes de Psicologia não recebem uma formação adequada para poder lidar com a temática da morte e nem com pacientes com ideias suicidas, demonstrando assim, falta de habilidade para poder trabalhar de maneira satisfatória com esses indivíduos.

Diante do que foi ressaltado pelos discentes, demonstrou-se falta de conhecimento perante a temática, tendo em vista que o suicídio é responsável por um alto número de mortes no Brasil e no mundo. Por essa razão, torna-se essencial que as disciplinas do curso de Psicologia e da área da saúde abordem o assunto, formando os profissionais para atuação em situações que envolvam pacientes com ideia suicida.

4.4 Formação e concepção teórica para atuação do Psicólogo

Ao questionar sobre a importância do aprofundamento sobre a temática do suicídio, a resposta afirmativa foi unânime. Diante disso, os discentes mostraram reconhecer o grau de importância do estudo do suicídio na atuação profissional. Neste contexto, Vieira (2008) ressalta que o suicídio está presente na sociedade contemporânea, afetando e abalando as pessoas, independentemente da classe social, idade, sexo,

cultura etc.

Há certas circunstâncias que tornam as pessoas mais propensas para cometer suicídio, portanto, é relevante o aprofundamento contínuo sobre o tema. O que possibilita compreender a unanimidade afirmativa nas respostas sobre a importância e necessidade de aprofundamento da temática em questão. Nesse sentido, por meio de pesquisas, de estudos mais específicos direcionados à temática, é possível qualificar os conhecimentos para lidar qualitativamente com situações cotidianas da profissão.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da concretização desta pesquisa e a interpretação das respostas, foi possível compreender que essa temática é pouco discutida no contexto acadêmico. Em algumas respostas os discentes ressaltaram que estudaram sobre o suicídio, no entanto não houve um aprofundamento que os preparasse qualitativamente.

Cabe destaque ao número significativo de discentes que declararam não saber que conduta tomar em relação ao paciente que apresenta ideação suicida. Diante desta declaração, abre-se uma lacuna tornando preocupante a atuação futura desses discentes, considerando o alto índice de suicídio e de tentativas de suicídio que acontecem no Brasil e no mundo. Os dados mostram a necessidade de formação, estudo, cuidado e competência dos futuros psicólogos que lidarão com situações de suicídio no cotidiano da profissão.

A temática do suicídio apresentou-se como um desafio para os discentes do oitavo e nono períodos de Psicologia. Outro fator importante trata da superficialidade que o tema é trabalhado em sala de aula, e talvez, o ponto mais importante desse desafio, é o fato de que muitos discentes afirmaram não saber como lidar com pacientes que apresentarem ideias suicidas.

A efetivação deste artigo teve a intenção de colaborar, discutir e tentar quebrar o tabu que envolve o suicídio, inclusive no contexto da formação acadêmica, discutindo questões pertinentes à formação dos discentes do curso de Psicologia. Diante dos questionamentos sobre o assunto, os discentes mostraram-se reflexivos sobre a necessidade de buscar novos saberes relacionados à temática.

As interpretações, bem como as categorias para a discussão elaboradas neste artigo, representam apenas um ponto de vista diante de muitas outras que podem surgir. Destaca-se que a discussão tecida nesta pesquisa foi direcionada aos estudantes do curso de Psicologia, mas salienta-se a necessidade desse debate ser ampliado para a formação não só dos psicólogos, mas de todos os profissionais da área de saúde, possibilitando que esses profissionais estejam preparados para atuar de maneira eficaz e ética.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A (Org.). **A psicologia no hospital**. 2º ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- ANGERAMI, V. A. **Suicídio: uma alternativa à vida, uma visão clínica – existencial**. São Paulo: Traço, 1986.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida: conhecer para prevenir**. Rio de Janeiro, ABP, 2009. Disponível em http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf. Acesso em 17 de maio de 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Revista Debates Psiquiatria**. Ano 2. Nº1. Jan/Fev. Rio de Janeiro: ABP, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 1977.
- BRASIL. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017**. Ministério da Saúde. Brasília, 2014.
- BRASIL. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2006.
- CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais** 8 ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2014. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Código-de-Ética.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.
- DIAS, M. L; **Suicídio Testemunhos de Adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DURKHEIM, E. **O suicídio: Estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- DUTRA, E. **Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa**. Tese de doutorado (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2000.
- ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA V. M. de; COUTINHO, M. F. C **Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio**. Psychê. Ano X. nº 18. São Paulo, set. 2006.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Revista da Escola de Enfermagem**. V. 41 n.4, São Paulo: USP, 2007.
- IGUE, C. E.; ROLIM, M. A.; STEFANELLI, M. C. **O suicídio e suas representações sociais: esquemas organizadores da comunicação acerca do fenômeno**. Scielo: Simpósio Brasileiro de

Comunicação em Enfermagem, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a064.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2019.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **Cerimônias de destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 8º ed. São Paulo. Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde mental**. Brasília: OPAS/ Brasil, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1257&Itemid=826. Acesso em 17 de maio de 2019.

PLATÃO. “Leis (IX, 873 C2-D8)”. In PUENTE, Fernando Rey (org). **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

SARTRE, J. **O ser e o nada**: ensaio de ontologia fenomenológica. 10º ed. São Paulo: Vozes, 2001.

SILVA, F. L. “Da Ética Filosófica à Ética em Saúde”. In Costa, S. I. F.; Oselka, G.; Garrafa, V. (org.) **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

SIMONETTI, A. **Manual da Psicologia Hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

VIEIRA, K. F. L. **Depressão e Suicídio**: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. UFPB. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, 2008.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. **Teoria cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

AÇÕES DE PROTAGONISMO E GARANTIA DE DIREITOS NOS CAPS NO DISTRITO FEDERAL

André Vinícius Pires Guerrero

Fundação Oswaldo Cruz
Brasília – Distrito Federal

Barbara Coelho Vaz

Fundação Oswaldo Cruz
Brasília – Distrito Federal

Adélia Benetti de Paula Capistrano

Fundação Oswaldo Cruz
Brasília – Distrito Federal

Enrique Araujo Bessoni

Fundação Oswaldo Cruz
Brasília – Distrito Federal

June Scafuto Correa Borges

Fundação Oswaldo Cruz
Brasília – Distrito Federal

Pérolla Goulart-Gomes

Fundação Oswaldo Cruz
Brasília – Distrito Federal

Natanielle Cardona Machado

Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília – Distrito Federal

apresentar as principais barreiras e facilitadores da implementação de ações de fortalecimento do protagonismo e garantia de direitos dos usuários em dois CAPS do Distrito Federal, a partir da realização de uma pesquisa qualitativa de implementação, que percorreu três dimensões. Este artigo se limitará nas etapas de compreensão da dinâmica de funcionamento dos CAPS, por meio de entrevistas, observação e grupo focal; e do processo de devolutiva e elaboração de plano de ação. Os resultados apontam barreiras como descrédito de trabalhadores e familiares acerca da importância do protagonismo dos usuários, bem como pouca variedade de ações de exercício de direitos. Por outro lado, foram identificadas iniciativas de fomento e valorização da participação de usuários em espaços coletivos, de defesa direitos e de seu próprio tratamento, ações de trabalho e geração de renda como garantia de direitos básicos. O plano de ação foi elaborado conjuntamente com usuários, profissionais e gestão local, de forma a apontar as mudanças necessárias para qualificar práticas consoantes ao desenvolvimento da atenção de caráter comunitário, como espaços possíveis de diálogo e negociação entre as diferentes partes interessadas, para a construção conjunta de mecanismos que superem as barreiras identificadas e ampliem os facilitadores.

PALAVRAS-CHAVE: Protagonismo, Centro de

RESUMO: A Rede de Atenção Psicossocial e os Centro de Atenção Psicossocial têm como princípios o protagonismo e defesa dos direitos de seus usuários, sendo necessário identificar localmente barreiras que impedem sua operacionalização e facilitadores que os fortaleçam. Este artigo tem como objetivo

ACTIONS OF PROTAGONISM AND GUARANTEE OF RIGHTS IN THE CAPS AT FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT: Considering advocacy and user protagonism as main principles of Psychosocial Attention Network (RAPS) and Psychosocial Attention Centers (CAPS), it is necessary to locally identify barriers that prevent its operationalization and facilitators that strengthen them. This article aims to present the main barriers and facilitators of the implementation of actions to strengthen the protagonism and guarantee of users' rights in two CAPS at Federal District, from a broader embedded research that covered three dimensions. This article will focus on the dynamics of CAPS functioning, through interviews, observation and focus group; and on the process of devolutive and elaboration of action plan. The results point out barriers such as workers and family discrediting the importance of users' protagonism, as well as little variety of rights enforcement actions. On the other hand, it was identified initiatives to promote and enhance the participation of users at their own treatment, in collective CAPS' actions and public advocacy devices, and work and income generation activities as a guarantee of basic rights. The action plan was developed jointly with users, professionals and local management, in order to point out the necessary changes to qualify practices consonant to the development of community-based care, as possible devices to enable dialogue and negotiation among different stakeholders to overcome identified barriers and broaden facilitators.

KEYWORDS: Protagonism, Psychosocial Attention Center, Mental Health Services.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada na atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), visa por excelência reposicionar a loucura na vida cotidiana e está fundamentada em marcos legais internacionais e nacionais. A Declaração de Caracas (OPAS, 1990) e a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD (ONU, 2006) convocam o compromisso dos Estados signatários de adotar ações de promoção e proteção dos direitos humanos e identificar desafios, bem como práticas comunitárias de reinserção social e meios para fortalecer o cuidado técnico.

Em âmbito nacional, a Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL, 2001) orienta o redirecionamento da política de saúde mental, tendo como pressuposto o fortalecimento do protagonismo e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais através da ampliação e articulação de serviços de diferentes complexidades. Dentre estes encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, ordenadores do cuidado em saúde mental em seu território, fundamentais na articulação dos serviços da rede. Tais serviços comunitários devem apoiar a reorganização da vida social de seus usuários a partir do reconhecimento de seus direitos e do cuidado singularizado, contextualizado e multidimensional; com a participação ativa do usuário em seu

tratamento, para o reposicionamento enquanto protagonista de sua vida e ator político no serviço e na comunidade, o que inclui necessidades relacionadas ao trabalho e geração de renda, cultura, educação, habitação e rede social para a ampliação de sua autonomia (SARACENO, 2001; OMS, 2001).

Nos CAPS tais premissas foram instituídas pela Portaria nº 854/2012, que descreve seus procedimentos. Destacam-se aqui dois procedimentos que explicitam estratégias relacionadas à ampliação da participação dos usuários tanto na gestão dos serviços quanto em seu território:

Promoção de contratualidade: Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana (...), com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: Atividades que fomentem a participação (...) nos processos de gestão dos serviços e da rede (...); a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares (BRASIL, 2012).

O protagonismo no campo da saúde mental coloca-se assim como conceito fundamental para a inserção social dos usuários e para o processo de cuidado como um todo. A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto para a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, o sujeito político; do sujeito alienado, incapaz, a um construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade (TORRE & AMARANTE, 2001).

Assim, o protagonismo deve se fazer presente em pequenas ações cotidianas junto aos profissionais, ampliando a participação dos usuários em seus processos de cuidado em saúde, na rotina familiar e relações sociais; bem como fora dele, por meio de intervenções via associações de usuários, cooperativas sociais, participação política em fóruns, conselhos de saúde e comissões de saúde mental (SARACENO, 2001).

Apesar da invisibilidade social das pessoas com sofrimento psíquico grave enfraquecer o *advocacy* da saúde mental, quando conseguem exercer seu protagonismo, produzir mobilização de usuários e familiares dos serviços para que os tomadores de decisão ouçam suas preocupações, potencializam-se as reformas da saúde mental no sentido de cuidado mais eficaz e proteção dos direitos humanos básicos (SARACENO et al, 2007).

Um estudo que avaliou as práticas dos CAPS do Nordeste do Brasil verificou que os CAPS de forma geral estimulam a autonomia, corresponsabilização do cuidado e protagonismo sociocultural e político nos serviços e comunidades, apesar de interferências na gestão, advindas das mudanças políticas sazonais, afetarem a continuidade dos serviços prestados (PITTA, COUTINHO & ROCHA, 2015).

Outras avaliações ressaltam aspectos positivos como flexibilidade; respeito à liberdade e à promoção da autonomia dos usuários; adesão ao tratamento; variedade na oferta de ações; oportunidades de socialização; redução na ocorrência de crises; redução do uso de medicamentos; aumento da participação em grupos; e, principalmente, maior satisfação dos usuários e familiares (TOMASI et al, 2010; KANTORSKI et al, 2009; SURJUS & ONOCKO-CAMPOS, 2011; LIMA & SCHNEIDER, 2013).

O desafio do exercício do protagonismo e participação social são analisados também a partir da participação possível *versus* desejável, tendo em vista que os espaços de participação existem, mas nem sempre resultam na ampliação da capacidade de interferirem de fato nos percursos de suas vidas, sendo necessário levar em conta processos institucionais, políticos e econômicos (COSTA & PAULON, 2012). Além disso, disputas de interesse e relações hierarquizadas entre profissionais e usuários, bem como processos participativos enrijecidos são barreiras para o protagonismo em saúde mental.

Por outro lado, dispositivos como a assembleia de CAPS são avaliados legitimadores da inserção dos usuários na gestão do serviço, bem como em seu próprio tratamento (JUNQUEIRA, CARNIEL & MANTOVANI, 2015).

A prática da gestão e implantação dos serviços demandam do gestor local o estabelecimento de arranjos organizativos de rede possíveis, a partir das especificidades e complexidades locais. Assim, a implantação de serviços conforme as diretrizes nacionais de funcionamento exigem mecanismos de gestão que garantam boas práticas em saúde mental e processos avaliativos regulares, visando qualificar cada vez mais a atenção em saúde.

O Distrito Federal (DF) conta com dezoito CAPS de diferentes modalidades, sendo apenas catorze habilitadas pelo Ministério da Saúde. Algumas das dificuldades relatadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, envolvem a ausência de CAPS em algumas regiões, baixa cobertura de CAPS na modalidade III, dificuldade de articulação entre serviços e baixa autonomia da comunidade no controle e avaliação das políticas de saúde interferem na efetivação do cuidado em liberdade.

Logo, pesquisadores e gestores desenharam esta pesquisa com objetivo de levantar as principais barreiras e facilitadores para a implementação de ações e estratégias de fortalecimento do protagonismo e de garantia dos direitos dos usuários, desenvolvidas em dois CAPS para adultos.

Vale ressaltar que este texto apresenta parte do estudo inserido em uma iniciativa da Organização Panamericana de Saúde - OPAS/OMS e *Alliance for Health Policy and Systems Research* - AHPsR, pautada pela *embedded research*, chamada de *Improving Program Implementation through Embedded Research* - iPIER, para abordar fatores específicos de contextos locais; avançar nos impactos positivos para a saúde da população; e apoiar o desenvolvimento de pesquisa de implementação, tendo como característica central a participação dos gestores/tomadores de decisão

desde o desenho até a execução do estudo e seus desdobramentos, para construir respostas viáveis para qualificar as políticas de saúde.

As pesquisas de implementação são focadas no estudo de políticas, programas e práticas na saúde pública com o propósito básico de entender os diferentes contextos em que ocorrem, seus êxitos e desafios, considerando de que modo e por que a implementação é desenvolvida (PETERS, TRAN & ADAM, 2013). Ademais, inclui a investigação de fatores que afetam os resultados dessas políticas e possíveis soluções sustentáveis e de larga escala (PETERS et al., 2013).

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa de desenho qualitativo com caráter de *embedded research* impôs que todo processo ocorresse conjuntamente entre pesquisadores e gestores da SES/DF. Para tal, adotou como instrumento de gestão da pesquisa o Comitê de Acompanhamento de Pesquisa (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2008; FURTADO et al, 2011) composto por pesquisadores, participantes, gestores e atores-chave, utilizado desde a formulação e desenho para o planejamento até o desenvolver das etapas como um espaço de discussão, alinhamento e deliberação para execução da pesquisa.

O percurso metodológico foi realizado em três etapas. A primeira foi voltada ao aprofundamento de dados secundários de bancos públicos, a produção dos CAPS junto ao Ministério da saúde, atos normativos do DF, bem como publicações científicas. Contudo, este texto traz informações sobre os achados relativos à segunda e terceira etapa da pesquisa realizada. A segunda etapa utilizou instrumentos de observação, entrevista e grupo focal para debruçar-se sobre a dinâmica de funcionamento das atividades desenvolvidas nos CAPS. Buscando identificar as principais estratégias e ações de promoção de protagonismo e de exercício de direitos incluindo a adequação das práticas aos padrões internacionais de promoção dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental.

Por isso, os instrumentos de observação e entrevista foram baseados no Kit de Ferramentas de Avaliação e Melhoria da Qualidade e dos Direitos Humanos em Serviços de Saúde Mental e de Assistência Social do Programa *QualityRights/OMS* (BRASIL 2015).

A terceira e última etapa metodológica teve como propósito discutir os achados da pesquisa junto aos diferentes atores-chave envolvidos e construir um plano de ação para superação das barreiras encontradas e valorização dos facilitadores visando a melhoria da qualidade das práticas dos serviços.

Para discutir os achados, os resultados foram formatados em processo de gamificação, criou-se um jogo de tabuleiro chamado “Jogo da Participação” garantindo assim a compreensão do conteúdo e a interação ativa e agregadora dos participantes. Este permitiu a expressão de dúvidas, barreiras, desafios e tarefas apresentadas em

cartas, e em cada rodada se produziu uma sugestão coletiva para superar/fortalecer os aspectos apresentados. As sugestões oferecidas foram coletadas e subsidiaram o início do plano de ação.

Para análise dos dados adotou-se a ferramenta NVIVO para organização do acervo de dados da pesquisa composto de quase três mil trechos distribuídos entre barreiras e facilitadores, seguido da análise de conteúdo (BARDIN, 2011) para realização das interpretações e categorização de tal acervo.

Esta análise considerou as contribuições de Saraceno et al, 2007; Onocko Campo et al, 2008; Thornicroft, G. & Tansella, M, 2010 e Onocko Campo et al, 2017, adotando-se as categorias: Acesso; Recursos Humanos; Atenção Psicossocial; Articulação de rede e intersectorialidade; Advocacy: protagonismo e defesa dos direitos; Recursos Financeiros e Estrutura Física. Mais da metade dos dados foram categorizados como “Atenção Psicossocial”, que envolve procedimentos e estratégias de cuidado aos usuários.

3 | A PRÁTICA COTIDIANA NOS SERVIÇOS

A categoria **Acesso** mostra que em ambos os CAPS todos são acolhidos gratuitamente, sem distinções ou exigências em relação à necessidade de acompanhante ou encaminhamentos.

Já a de **Recursos Humanos** apresenta informações sobre a atuação dos profissionais no sentido de facilitar ou dificultar a participação dos usuários em seu tratamento e no serviço como um todo. De forma geral, os profissionais são avaliados positivamente, respeitam os usuários, “*tratam como gente, não tratam com ignorância, não trata com abuso*”, são confiáveis e disponíveis, o que denota vínculo entre usuário, familiares e profissional favorecendo relações menos hierárquicas. Por outro lado, foi avaliado que a falta de formação em saúde mental e direitos humanos interfere na efetivação da escuta qualificada, o que tem como consequência práticas mais incisivas de cumprimento de protocolos e regras rígidas no serviço, que as vezes invalidam as expressões de vontade dos usuários.

Na categoria **Atenção Psicossocial**, observou-se que há diferentes entendimentos sobre a participação do usuário na escolha dos grupos e atividades do CAPS. Embora, haja abertura dos profissionais para negociação da oferta, permissão de escolha pelos usuários de atividades e reavaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), mas há, também, barreiras que se referem ao pragmatismo interno do serviço: admissão sem tempo ou informações suficientes para decisão esclarecida do usuário; obrigatoriedade de permanência nas atividades sem oportunidade de experimentar; atividades elaboradas pela oferta do profissional e não pela demanda do público; vinculação da consulta com psiquiatra à assiduidade nos grupos.

Um outro elemento condicionante para a participação efetiva do usuário envolve a avaliação prévia feita por profissionais e familiares do grau de “desorganização”,

um questionamento de sua capacidade de entendimento e decisão nas atividades. Ressalta-se que os serviços percebem tais fragilidades, entendem que a superlotação é um obstáculo para acompanhar regularmente o PTS e que, quando há envolvimento do usuário em seu tratamento, este se sente estimulado a movimentar outras áreas de sua vida.

O CAPS é tido por unanimidade dos usuários como melhor local para tratamento em comparação ao hospital psiquiátrico, percebido como um lugar que deixa as pessoas “*mais doidas*”, os usuários “*têm pavor*” do manicômio local. No entanto, quando os CAPS não conseguem acolher situações de crise por falta de medicamentos, disponibilidade de profissionais médicos, ou retaguarda em CAPS III, hospital geral ou pronto socorro, há encaminhamento para o hospital psiquiátrico (quando acontece o CAPS acompanha de perto).

Um bom facilitador para lidar com situações de crise foi fato dos profissionais considerarem a manifestação dos usuários, tentarem evitar o encaminhamento a outros dispositivos. Foram mencionadas também estratégias dos usuários combinarem antecipadamente com a família sobre como agir em situações de crise e a utilização do “cartão de crise” como uma ferramenta de “diretiva antecipada de vontade”, mesmo que ainda não amplamente disseminada nos serviços. A atenção à crise interfere também nos processos de alta do CAPS, visto que os usuários temem não terem mais acesso ao tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico, além de considerarem o CAPS um lugar de proteção, acolhimento e muitas vezes como única possibilidade de inserção social.

A reunião de equipe foi apontada como um dispositivo potente para discussão de casos e potencialização da capacidade da equipe em responder a demandas complexas e ser assertivos no processo de cuidado.

Questões relacionadas à Farmacologia apresentam compreensões divergentes tanto entre profissionais quanto para usuários e familiares. Nem sempre a opinião dos usuários sobre o medicamento é levada em consideração nem são fornecidas informações suficientes sobre os efeitos colaterais ou a finalidade das prescrições, principalmente quando se questiona a capacidade de entendimento do usuário. Por vezes a medicação interfere na realização das tarefas cotidianas dos usuários e nem todos os usuários conseguem falar sobre isso durante a consulta. A possibilidade de acompanhamento no CAPS sem o uso da medicação ou mesmo discutir sobre o tema com os usuários “*impacta*” os profissionais. Por outro lado, há tentativas de criação de grupos de conversa sobre os medicamentos, como de Gestão Autônoma da Medicação - GAM.

Destaca-se como os CAPS promovem ações de Reabilitação Psicossocial para garantir o exercício dos direitos de cidadania a partir da articulação com recursos do território. O fato de os dois CAPS terem projetos robustos de geração de renda para usuários foi percebido como um grande facilitador, além do apoio para participarem de feiras externas, estratégias de formalização da atuação profissional (carteirinha de

artesanato), e de planejarem a criação de uma cooperativa. Mesmo que a concepção de muitos dos projetos tenha partido principalmente dos profissionais e de permanecerem os desafios da gestão conjunta e manutenção dos projetos iniciados.

Há também ações no campo da educação, como disponibilização de informação sobre cursos, oportunidades de formação, no território, bem como usuárias-professoras voluntárias na alfabetização e aulas de inglês dentro do CAPS abertas à comunidade.

O CAPS é considerado pelos usuários e familiares um serviço de acompanhamento de qualidade, em que são respeitados os direitos humanos, como o direito de ir e vir, a integridade física e liberdade de expressão. Ademais, apesar das limitações estruturais, os profissionais tentam acompanhar os usuários em suas atividades do cotidiano, o que reforça a validação do discurso e amplia o poder de contraturalidade social.

Foi notado ainda que usuários muito críticos, que reclamam ou se expressam com agressividade ou não cumprem a frequência nos grupos, nem sempre são bem vistos e podem sofrer consequências administrativas, além de muitos quererem se colocar e não saberem como. Ao mesmo tempo, a equipe de profissionais raramente se nega a atender a demandas “viáveis” solicitadas pelos usuários. Entende-se assim que são necessários dispositivos mais potentes para estimular e atender a demanda dos usuários, validá-los como sujeitos e enfrentar expressões de controle que imponham as responsabilidades e deveres destes do que seus direitos em relação ao tratamento.

Na categoria **Articulação de rede e intersectorialidade** é notória a barreira de acesso a outros serviços de saúde e da rede intersectorial que dificultam ou se negam a atender os usuários por motivo de *capacitismo* (discriminação e o preconceito social contra pessoas com alguma deficiência). Por outro lado, quando o usuário apresenta uma queixa de saúde ou manifesta desacordo com um encaminhamento, os profissionais do CAPS tentam articular a rede mesmo reconhecendo tal barreira, tendo desfalque da equipe e a grande demanda atendida.

A categoria de **Advocacy: protagonismo e defesa dos direitos** mostra ações específicas de fomento do protagonismo dos usuários nos processos de gestão dos serviços e em instâncias de defesa de direitos. Frente a constatação generalizada de usuários serem impedidos de acessar direitos básicos, foi visto como um grande facilitador os CAPS promoverem ações contundentes para garantir a documentação civil, benefícios sociais, segurança alimentar, proteção jurídica, além de ofertar acesso à higiene pessoal e vestimentas. Foram encontradas barreiras relacionadas à disseminação de informações sobre direitos, que permanecem centralizadas em profissionais da assistência social, e que dificilmente são apropriadas por usuários e familiares.

Quanto ao direito de acesso à moradia/habitação, este é dificultado para os usuários, que sofrem discriminação inclusive em abrigos e albergues, não restando outras alternativas. Isto também é verificado na dificuldade do CAPS em ampliar sua atuação na mudança de situações concretas de moradia.

A dimensão afetiva e acolhedora do CAPS, incomum em outros serviços de saúde, acaba gerando um sentimento de gratidão por parte de usuários e familiares, que por vezes impede a manifestação de críticas e sugestões e reflete na dinâmica dos espaços de discussão e deliberação sobre o serviço, como grupos participativos e de gestão compartilhada, assembleia, e instâncias de controle social. Somente em um dos serviços ocorria a assembleia regularmente nesta etapa, e ambos os CAPS tentaram diferentes configurações destes encontros, com mais ou menos participação de usuários, profissionais ou familiares. Mesmo quando ocorrem as assembleias, tais instâncias não são reconhecidas por todos os envolvidos, há pouca divulgação sobre as deliberações e muitas vezes estas não se concretizam em mudanças efetivas no serviço.

No âmbito da organização coletiva, os CAPS apoiam atividades em datas comemorativas, como o dia da luta antimanicomial, mobilização e participação social, como em audiências públicas e articulação com conselhos de saúde, além de estimular o contato e organização em associações de defesa de direitos.

Por fim, na categoria **Recursos financeiros e estrutura física**, foi visto que o contexto de pressão da gestão central por produtividade dos trabalhadores, alta demanda por coberturas populacionais fora do padrão exigido dos CAPS no DF, escassez de recursos para a manutenção das oficinas e atividades externas, bem como a disputa entre o modelo hospitalocêntrico e o cuidado comunitário são barreiras relevantes para o fortalecimento do protagonismo de usuários e ameaças constantes à manutenção do que já foi conquistado.

3.1 Plano de Ação

Na terceira etapa, para a elaboração do plano de ação foi necessário garantir compreensões sobre os achados e propor desdobramentos, de tal modo haver ações compartilhadas em novos espaços de participação. Esta etapa traz as questões centrais do protagonismo e garantia de direitos nos cenários trabalhados e construir as principais ações indicadas para realização em curto e médio prazo. As propostas apresentadas dirigiram-se principalmente a seis tópicos abrangentes: 1) Formação para usuários e profissionais em saúde mental e tecnologias de atenção, direitos humanos e sociais e legislação; 2) Divulgação do CAPS na comunidade, para ampliar sua atuação e colaborar com o combate ao preconceito e discriminação contra os usuários. 3) Melhoria na estrutura e recursos oferecidos pela SES-DF tais como alimentação, materiais das oficinas nos CAPS, além de aumento dos profissionais, ampliação do horário de atendimento. 4) Ampliação e diversificação da rede de atenção, com destaque para os CAPS III, centros de convivência, parcerias para geração de renda, formação profissional e atividades culturais, além de atendimento qualificado para urgências e emergências em saúde mental; 5) Aprimoramento na atenção personalizada e diversificada aos usuários, como a utilização de instrumentos de mapeamento das necessidades, criação de grupos abertos e com o teor escolhido

pelos próprios usuários, prevenção de internações e medicações desnecessárias, atendimento compartilhado com outros dispositivos, busca ativa, entre outros; e 6) Ampliação da participação social na gestão, por meio de Conselho Gestor e Assembleia, e fomento de maior transparência na gestão e de novas parcerias na área de *advocacy*. E, por fim construir caminhos para revisão da Lei de concessão de Passe Livre

Os tópicos citados acima se encontram dentro do processo intrínseco de cada campo, por exemplo, o serviço que não realizava assembleia durante a coleta de dados passou a contar com este dispositivo durante a terceira etapa. Assim, a informação obtida pelos dados sobre a necessidade de espaço estruturado de fala e reivindicação para os usuários se une à perspectiva factível da realização deste plano de ação, permitindo compreender novos desdobramentos e ações necessárias para atender a mesma demanda.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar estratégias de fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS com a colaboração da gestão, profissionais, usuários e familiares, permitiu abranger diferentes olhares sobre o tema, com suas contradições, disputas e complexidades inerentes ao contexto “real” em que estão inseridos, o que não pôde ser retratado em sua totalidade neste artigo.

Cabe ressaltar o diferencial metodológico da participação dos tomadores de decisão desde o desenho da pesquisa até seus desdobramentos. Ao considerar o contexto, os atores envolvidos e os fatores que determinam a implementação, “forçando” o contato e negociação entre estes, proporciona-se a identificação mais rápidas das barreiras e potências do território local, buscando diminuir a distância entre quem decide (gestor), executa (profissionais) e recebe (usuários e comunidade) os cuidados de saúde. A utilização de uma tecnologia leve, de democratizar as relações instituídas e fortalecer a participação do controle social, buscou qualificar as tomadas de decisão tanto para a organização dos serviços quanto para as articulações intersetoriais, indispensáveis para a garantia dos direitos da população em situação de maior vulnerabilidade.

Espera-se que os achados da pesquisa possam contribuir para a qualificação da política pública de saúde mental através da construção de conhecimento científico junto aos serviços. É relevante a identificação de mudanças implementadas nos CAPS durante o processo da pesquisa, como o retorno da assembleia geral em um dos CAPS, a elaboração conjunta e aplicação de “cartões de crise” a usuários e a avaliação comum do aspecto transformador de se abordar o exercício dos direitos junto às pessoas em maior situação de vulnerabilidade, visto o acesso à informação ser um direito fundamental.

Considerando que o pressuposto de cuidados baseados na comunidade é essencial para desenvolver práticas de qualidade, de forma geral, os CAPS investigados

demonstraram que mesmo com algumas dificuldades favoreçam espaços de diálogo e buscam aprimorar a participação do usuário visando garantir melhorias no cuidado e prática do CAPS bem como na rotina familiar e relações sociais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF; abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Saúde em debate**, dez.2012. 572-582. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/12/2018

FURTADO, J., et al. Inserção social e habitação: pesquisa avaliativa de moradias de portadores de transtorno mental grave. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**; 2011.

JUNQUEIRA, A.G.; CARNIEL, I.C; MANTOVANI, A. As assembleias como possibilidade de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo – Revista do NESME**, 2015. pp. 31-410.

KANTORSKI, LP. et. al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**; 2009.

LIMA, F.C., SCHNEIDER, D.R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Caminhos**; 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista pan-americana de Salud Publica**, 2018

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Assembleia Geral da ONU; 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório sobre a saúde no mundo**; 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental. **Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica em América Latina dentro dos Sistemas Locais de Saúde**. Caracas; 1990.

PETERS, D.H, TRAN, TT., ADAM, T. **Investigación sobre la implementación de políticas de salud: guía práctica**. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; Organización Mundial da Saúde. OMS; 2013.

PETERS, D. et al. **Implementation research: what it is and how to do it**. BMJ 2013;347: f6753
PITTA, A.M.F.; COUTINHO, D.M., ROCHA, C.C.M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. jul-set 2015.

SARACENO, B., et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Lancet**. 2007.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Te Corá/Instituto Franco Basaglia; Rio de Janeiro, 2001.

SURJUS, L.T.L.S., ONOCKO-CAMPOS, R.T. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas/SP. **Revista latino-americanas de psicopatologia fundamental**; 2011.

THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri: Manole. 2010

TORRE, E. H. G., AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001

A EXCLUSÃO DOS ANORMAIS E A EFETIVAÇÃO DO DISPOSITIVO DA LOUCURA

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ,
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO: O conceito de Dispositivo embasa nosso estudo, ao refletirmos que, historicamente, o controle-dominação da loucura vem produzindo saberes, lugares, sujeitos, engendrando formas de ser e de viver o sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, a função estratégica do Dispositivo é responder a urgência de um determinado período histórico, então, o Dispositivo da Loucura se constituiu no momento em que as pessoas que apresentavam perturbações mentais tornaram-se incômodas e, ao mesmo tempo, visibilizadas. Por fim, chamamos atenção para as várias nomeações feitas para denominar a loucura: “usuários de serviços de saúde mental”, em “sofrimento psíquico”, “portadores de transtorno mental”, “doentes”, “alienados”, “loucos”, partindo da leitura de que o ato de nomear produz “modos de ser”, além do que essas nomeações constituem e são constituídas por Dispositivos, os quais podem regular e normatizar a vida das pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Dispositivo. Exclusão. Loucura.

ABSTRACT: The concept of Device bases our

study, when we reflect that, historically, the control-domination of madness has been producing knowledge, places, subjects, engendering ways of being and living the psychic suffering. In this perspective, the strategic function of the Device is to respond to the urgency of a certain historical period, so the Device of Madness was constituted at a time when people with mental disorders became uncomfortable and at the same time visibilized. Finally, we call attention to the various appointments made to call madness: “users of mental health services”, “psychic distress”, “carrier of mental disorders”, “sick”, “alienated”, “crazy” from reading that the act of naming produces “modes of being”, beyond which these appointments constitute and are constituted by Devices, which can regulate and normalize the life of the people.

KEYWORDS: Device. Exclusion. Madness.

1 | O NASCIMENTO DO DISPOSITIVO DA LOUCURA

Compreendemos que ao trabalhar com os lugares e as categorizações para a loucura, analisamos a imbricação do discursivo e do não-discursivo na produção dessa, já que ambos estão ligados um ao outro numa rede heterogênea, apoiando-se reciprocamente e servindo-se de instrumento para construção

dos sujeitos. Desse modo, o Dispositivo embasa nosso estudo, ao refletirmos que, historicamente, o controle-dominação da loucura vem produzindo saberes, lugares, sujeitos, engendrando formas de ser e de viver o sofrimento psíquico.

Dispositivo, aqui trabalhado na perspectiva de Foucault (1992), pode ser definido como uma rede que se estabelece entre um conjunto heterogêneo de elementos, os quais englobam “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões filosóficas, morais, filantrópicas” (p.138).

Ao passo que falamos em utilizar a relação entre o linguístico e o não linguístico, trazemos para lona da discussão o embate de enunciados, de forças, de saberes, bem como a visibilidade de estruturas arquitetônicas, sejam elas os Centros de Atenção Psicossocial, as Unidades básicas de Saúde, os hospitais psiquiátricos, as clínicas, a sorveteria, a praça, outras instituições disciplinares, como a escola, a cadeia, a família, nesse processo de categorização da loucura e de sujeição das pessoas tomadas como insanas.

Foucault (1992) discute o Dispositivo como um tipo de formação que tem a função de responder a uma urgência em um determinado momento histórico, assumindo, desse modo, uma função estratégica. Além disso, ele engloba elementos heterogêneos, como citado anteriormente, que surgem dispersamente, o que caracteriza sua qualidade de gênese.

Castro (2009) destaca no “Vocabulário de Foucault” que o Dispositivo não se esgota, ele se reconstitui mediante um constante preenchimento estratégico, havendo um reajuste entre os efeitos que esse produz, sejam esses positivos e/ou negativos, logo há uma reutilização imediata desses efeitos, que são involuntários. Podemos considerar, então, que o Dispositivo se retro-alimenta, mediante um sistema complexo de forças, enunciados, disciplinas, dentre outros elementos não discursivos que se entrecruzam, se rompem e que também se sedimentam.

Deleuze (2005) analisa que o Dispositivo se configura enquanto um conjunto multilinear que segue direções variadas e que traça processos, os quais estão sempre em desequilíbrio. Essas linhas, que estão enredadas umas nas outras, ora se aproximam, ora se afastam, podendo ser quebradas, bifurcadas e, em meio à crise, podem tomar uma nova dimensão, produzindo uma nova linha. Elas funcionam como flechas que não param de entrecruzar os objetos, as pessoas, as palavras, contribuindo para suas constituições em meio a uma batalha constante que exige reajustes estratégicos. Para Deleuze, o Dispositivo apresenta quatro dimensões: as curvas de visibilidade, as curvas de enunciação, as linhas de força e as linhas de subjetivação.

Para esse autor, cada Dispositivo tem um regime de luz, a forma como a luz recai e se propaga contribui para fazer com que nasça ou desapareça o objeto, sem essa linha de luz o objeto não existe, é desse modo que as curvas de visibilidade definem o que é visível. As curvas de enunciação definem o que é dizível, ou seja, possibilitam a produção de enunciados, distribuindo seus elementos em posições diferenciadas.

Nesse sentido, nem o sujeito, através da revelação de suas ideias, nem o objeto, por meio de sua vigência, definem o que é visível ou o que é dizível. Ao adotar a leitura que a visibilidade e a enunciação definem o que é visível e o que é dizível, entendemos que as pessoas são construídas por produções discursivas que podem dizer o que elas são, por onde podem circular, aonde elas podem ou não ir.

Com relação às linhas de força, Deleuze refere que essas são invisíveis e indizíveis, agem como flechas que se lançam em todas as direções do Dispositivo; essas linhas fundamentam os jogos de poder, se entrelaçam, carregam consigo as oposições e ajustamentos que conduzem o embate e a aproximação entre os diversos saberes, dito de outro modo, podemos comparar essas forças às ruas e vielas, viadutos e pistas que cortam uma cidade, conduzindo os transeuntes para caminhos variados.

Já as linhas de subjetivação, como o próprio nome sugere, produzem subjetividades, num processo de individuação que constrói grupos ou pessoas. Nessa lógica, Deleuze destaca que somos em devir, a produção dos sujeitos não se dá sem conflito, sem embate entre o ontem e o agora, o arquivo e o vir a ser. Foucault (2009), em “O sujeito e o poder”, fala sobre o governo da individualização que se efetiva por meio dos jogos de poder-saber, destacando que esses categorizam a pessoa, marcando-a com sua individualidade, constituindo-a enquanto sujeito. Para o autor, a palavra sujeito tem dois significados: “Sujeito a alguém pelo controle e dependência; e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a” (p.235).

O autor reflete a emergência de lutas localizadas contra formas de sujeição, formas de polícia cada vez mais eficientes, as quais fazem com que as pessoas deixem de ser construídas a partir de um “policiamento externo” para serem subjugadas pelo autoconhecimento, pela consciência de si. Nikolas Rose (1998), no texto “Governando a alma: a formação do eu privado” descreve como nossas personalidades, subjetividades não são questões privadas, uma vez que se configuram como objetos de poder, sendo intensivamente governadas. Esse governo do eu ocorre através de técnicas de administração e regulação feitas por escritórios, fábricas, escolas, hospitais, bem como pelas *expertises* da subjetividade.

As *expertises* são grupos de profissionais, como psicólogos, médicos, assistentes sociais, dentre outros, que classificam e medem a *psique*, diagnosticam problemas do cotidiano e prescrevem modos de cuidar para as pessoas. De forma geral, Rose discorre sobre o governo da alma que é realizado a partir do autoconhecimento, do julgamento entre aquilo que somos e o que podemos nos tornar, nessa busca incessante pela “boa administração” do eu.

Trazendo Deleuze (2005) novamente à discussão, consideramos que, como “pertencemos a dispositivos e neles agimos” (p.92), somos e deixamos de ser continuamente, nesse jogo de embates, de arrumações, em que vários saberes, entre eles os *saberes psi*, os lugares, as instituições, as regras, os hábitos, as disciplinas se entrecruzam e nos entrecruzam, fazendo ocorrer esses regimes de luta que

fundamentam os processos de individuação.

Cabe questionar: nesse processo de constituição do sujeito em sofrimento mental, onde há a imbricação de feixes diversos, conduzidos por forças contrárias, inebriadas por enunciados visíveis e dizíveis, de qual matriz de Dispositivo estamos falando? Estamos discorrendo sobre o Dispositivo da Loucura, que perpassa os discursos médicos, os saberes religiosos e os espaços do cotidiano, como escolas, praças, lanchonetes, sorveterias, pizzarias, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para arquitetarem a loucura.

Sobre o desenvolvimento de um Dispositivo, Foucault (1992) analisa que há dois momentos essenciais: em um primeiro momento, há o predomínio do objetivo estratégico; em um segundo, há sua constituição propriamente dita. No que concerne à constituição do Dispositivo da Loucura, podemos citar como primeiro momento a reabsorção de uma massa populacional que se aglomerava durante o período de articulação do mercantilismo, essa reorganização espacial teve por objetivo estratégico a reutilização dos antigos leprosários, como espaços de armazenamento de uma “população incômoda”: os doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. O segundo momento, se deu desde o estabelecimento dos hospitais gerais, dos manicômios, dos locais de isolamento da loucura, até a construção de espaços substitutivos para tratamento em saúde mental, os quais se inscreveram historicamente enquanto lugares específicos para sujeição da loucura.

2 | A CONSTITUIÇÃO DOS ANORMAIS

A função estratégica do Dispositivo é responder a urgência de um determinado período histórico, no caso do Dispositivo da Loucura, esse emergiu no momento em que tal população tornou-se incômoda e, ao mesmo tempo, visibilizada. Vera Portocarrero (2002) faz uso da leitura foucaultiana para refletir que a dominação da loucura, da doença mental e da neurose foi realizada pouco a pouco, mediante a matriz de outro Dispositivo, o qual denominou de Dispositivo da anormalidade. Sua preocupação se voltou para como as práticas sociais engendraram domínios de saber sobre sujeitos tidos como anormais.

Segundo a autora, as anormalidades foram analisadas pelos psiquiatras brasileiros entre o fim do século XIX e o início do século XX, tomando por base a esfera moral. Independentemente das anomalias, os anormais foram classificados como perigosos, ou criminosos constitucionais, nesse conjunto havia figuras diversas, além dos “doentes mentais propriamente ditos”, estavam incluídos neste grupo: os alcóolatrás, os epiléticos, os sifilíticos, que representavam uma base latente para a doença mental ou para a criminalidade.

Nessa discussão, a classificação dos anormais contribuiu para conduzi-los ora para os hospícios, ora para os hospitais gerais, ora para a cadeia, dentre outros lugares. Mas, afinal, o que os diferenciava? Foucault (2010), em “Os Anormais”, reflete

sobre esses personagens, suas classificações e encaminhamentos. Ele fala sobre as três figuras da anomalia: o monstro humano; o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora.

O monstro se diferencia dos demais pela violação das leis da sociedade e da natureza, combinando o impossível e o proibido. Ele se configura como o grande modelo das pequenas discrepâncias, é a anomalia em sua melhor expressão: uma pessoa que tem duas cabeças e um corpo, ou que tem dois corpos e uma cabeça, que é ao mesmo tempo homem e mulher, ou um feto que nasce com má formação. Segundo Foucault (2010, p.54) “só há monstruosidade onde a desordem da lei natural vem tocar, abalar, inquietar o direito, seja o direito civil, o direito canônico ou o direito religioso”. Cada época teve seu monstro, na idade média, o homem bestial, ou seja, a mistura de homem e animal o constituía. No renascimento, os irmãos siameses eram a forma da monstruosidade. Na idade clássica, se destacam os hermafroditas. No século seguinte se falará da conduta monstruosa, da criminalidade monstruosa.

O tema da natureza monstruosa da criminalidade se volta para a conduta das pessoas, logo se tem a figura do monstro moral como aquele que compromete a vida em sociedade. Entra em cena a figura do indivíduo a ser corrigido, o qual aparece no jogo entre a família, a escola, a rua, a igreja, a fábrica, a polícia, etc., que tentam corrigi-lo, todavia ele é incorrigível. Já o masturbador, a criança masturbadora traz para o âmbito da família a função de observar e conter o sujeito em seu mais íntimo espaço, o corpo. Essa figura se tornou visível das técnicas pedagógicas e médicas que vincularam a prática da masturbação a todo um conjunto de doenças corporais e nervosas, como destaca Foucault (2010).

De acordo com esse autor, às anomalias coube a morte, ao incorrigível a prisão, à doença foi encarregado o tratamento e a cura nos hospitais, de um modo geral, a esses personagens foram designadas técnicas específicas de observação e de controle que pretenderam sanar suas anormalidades. Mas, como o Dispositivo se move, percorrendo linhas contrárias e se desdobrando em novos feixes, há uma constante atualização para que essas figuras e os lugares para onde elas são reconduzidas sofram rearranjos.

Um desses rearranjos ocorreu quando o conceito de anormal veio como uma forma de psicopatologia no final do século XIX, como ressalta Portocarrero (2002). Ele vai abarcar não só a doença mental propriamente dita, mas qualquer desvio de comportamento normal. Nesse sentido, a prática psiquiátrica vai adentrar naqueles que apresentem desvios mentais, como os loucos, ou potencialmente loucos, ou ainda nos desviantes morais, como os degenerados e os criminosos; penetrando em várias instituições, como a família, a escola, as forças armadas, a prisão, objetivando a prevenção contra a criminalidade e o adoecimento.

Como Foucault (2010) assinala, o anormal do século XIX é um descendente das figuras do monstro, do incorrigível e do masturbador, esses personagens vão dar suporte a todas as instituições específicas para anormais, que se desenvolverão

nesse século, fundadas a partir de um regime disciplinar. É importante descrever que a disciplina é uma tecnologia de poder construída pela revolução burguesa entre os séculos XVIII e XIX, que implica numa vigilância perpétua e constante sobre os sujeitos, através dela a vida das pessoas pode ser gerida, ao passo que a docilidade dos corpos faz com que diminua a capacidade de revolta, resistência e luta dessas contra as práticas socialmente desenvolvidas, como bem analisa Foucault (2004).

A partir dessas leituras é possível definir quem são os sujeitos normais e os anormais? É possível diferenciar os sujeitos são, dos não-são? Ou ainda, é razoável dizermos quem é o “louco”, no reino dos anormais? Talvez essa tenha sido a busca fervorosa de Juliano Moreira e dos psiquiatras brasileiros do início do século XX, que lutavam incessantemente por uma classificação uniforme das doenças mentais, como destaca Portocarrero (2002).

Segundo Azevedo (2006), no final do séc. XIX o tratamento psiquiátrico não era realizado no Brasil, em várias partes do país, os “loucos” permaneciam sendo enclausurados em cadeias públicas, casas de família, ou perambulavam pelas ruas, caso a polícia não os aprisionasse. Somente no séc. XX, em 1903, através de ementas de leis federais específicas, foi proibida a manutenção desses em prisões, sendo estimulada a construção de hospitais estaduais especializados em todo país, para tratamento dos “alienados”.

A exclusão dos “doentes mentais” foi realizada, sendo objetivada uma sociedade limpa e homogeneizada. Segundo Stepan (2004), o movimento eugenista, que tomava espaço na política de saúde nacional, consolidava a exclusão de todos os que não se enquadravam nos padrões convencionais e legitimava, através de uma perspectiva médica higienista, a legalização da exclusão, mediada pelo discurso científico do tratamento e da cura.

Amarante (2007) ressalta que, a partir da década de 1970, houve questionamentos intensos às propostas de saúde pública, nesse meandro, profissionais liberais e cidadãos, que (não) faziam uso dos serviços de saúde, contribuíram para efetivação da Reforma Sanitária. Atrelado à transformação da saúde pública nacional, o Movimento Anti-Psiquiátrico foi impulsionado, tendo início efetivo no ano de 1978, a partir das manifestações do movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), que lutava por uma sociedade sem manicômios.

Segundo Kahhale (2003), o movimento da anti-psiquiatria possibilitou uma proposta diferenciada sobre as práticas no campo da saúde mental, ampliando a noção de tratamento psiquiátrico, ao serem questionadas as bases teórico-epistemológicas dos saberes da psiquiatria tradicional. Oliveira (2007) reflete que, nesse momento histórico, houve o questionamento do hospital psiquiátrico como alternativa ao tratamento da “loucura”, uma vez que essa instituição era relacionada à exclusão social, aos maus tratos e à opressão. Para Chaves (2009), a despsiquiatrização e a anti-psiquiatria se fundamentaram como movimentos de contestação ao saber-poder médico. Esse saber-poder produzia variadas nomeações, várias doenças, para

caracterizar o “louco” e para medicalizá-lo.

A reforma psiquiátrica nacional foi “materializada” na Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais”, bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001). Segundo Amarante (2007), essa lei pretendeu, dentre outros aspectos, resgatar a liberdade e ressaltar o direito à cidadania daqueles considerados com “transtornos mentais”. Além da lei 10.216/2001, esse autor atenta que a reforma psiquiátrica possibilitou problematizar a construção de espaços substitutivos ao modelo asilar, os quais deveriam privilegiar tratamentos de base comunitária e a construção de uma rede de apoio social, para desenredar o modelo psiquiátrico anterior.

Alguns serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com a portaria 336/02, os CAPS se ramificam em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. O CAPS I atende a municípios com a população de 20.000 a 70.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. O CAPS II atende a municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, podendo haver um terceiro período até 21:00 horas. CAPS III é instituído em municípios com a população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas por dia, nos fins de semana e feriados. O CAPS i é instituído em municípios que tenham mais de 200.000 habitantes e atende especificamente crianças e adolescentes, tendo um funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. O CAPS ad abarca municípios que tenham mais de 100.000 habitantes e atende especificamente pessoas com dependência química (álcool e outras drogas), tendo um funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira (BRASIL, 2002).

Os “portadores de transtorno mentais”, inseridos em uma rede social intra e extra-muros seriam chamados “usuários” de serviços de saúde mental. A rede deveria se constituir a partir da ideia de circulação, de movimentação contínua que percorreria todos os serviços substitutivos e outros lugares na comunidade onde residisse o usuário, como escolas, igrejas, Organizações Não-Governamentais-ONGs, dentre outros (OLIVEIRA, 2007).

No minidicionário da língua portuguesa (Aurélio), “usuário” é “aquele que usa ou desfruta algo coletivo”. A proposta da reforma do usuário percorrer todos os lugares, circular, se movimentar pode remeter a desfrutar de algo coletivo. Todavia, Oliveira (2007), trazendo Basaglia (1985) para discussão, indaga se o “usuário” se sente em algum lugar na sociedade e se os lugares, tanto os tradicionalmente construídos para essa pessoa quanto os atuais, estariam fundamentando a separação e proteção das pessoas tomadas como sãs, daquelas consideradas “usuárias de serviços de saúde mental”.

Por fim, chamamos atenção para as várias nomeações feitas para denominar a loucura: “usuários de serviços de saúde mental”, em “sofrimento psíquico”, “portadores de transtorno mental”, “doentes”, “alienados”, “loucos”, partindo da leitura de que o ato

de nomear produz “modos de ser”, além do que essas nomeações constituem e são constituídas por Dispositivos, os quais podem regular e normatizar a vida das pessoas.

Ao longo deste texto, realizamos uma análise do Dispositivo da Loucura e do processo de exclusão que esse ensejou, tomando por referência que os vocábulos usados para caracterizar as pessoas que sofrem de perturbações mentais, produzem efeitos. Destarte, refletimos que o ato de nomear uma pessoa de determinada maneira, em certa categoria ou classe traz um conhecimento sobre o que ela é, o que ela pode fazer, como deve fazer, como as outras pessoas devem tratá-la. Assim sendo, como ressalta Aragaki (2006), quando atribuímos determinadas nomeações a uma pessoa, contribuímos para efetivar sua participação em grupos sociais específicos e para engendrar práticas e vivências.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAGAKI, S. S. **O aprisionamento de selves em diagnósticos na área de Saúde Mental**. 2006, 263f. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP: 2006.

AZEVEDO, J. R. **Diálogos da alma**: uma outra história da loucura. 2006, 50f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN: 2006.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>. Acesso em: 14/11/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 336/GM**, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 16/10/2017.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Trad. Ingrid Müller. Rev. técn. Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CHAVES, L. L. **“Esse negócio de loucura, cê sabe né, fia”**: integração e diferenciação pelas ruas de Ouro Preto. 2009, 59f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade de Brasília-UnB, Brasília-DF: 2009.

DELEUZE, Gilles. “O que é um dispositivo”. In: _____. **O Mistério de Ariana**. 2. ed. Lisboa: Pasagens, 2005, p. 83-96.

FOUCAULT, M. Sobre a história da Sexualidade. MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992. p. 137-163.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul (Orgs). **MICHEL FOUCAULT. Uma Trajetória Filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. Ed. Trad. Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. Rev. Técn. Vera Portocarrero. Coleção Biblioteca de Filosofia. Coordenação editorial: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 29. ed. Trad. Raquel Ramalhete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo:

Editora WMF Martins Fontes, 2010.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na Saúde: em Busca de uma Leitura Crítica e de uma Atuação compromissada. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **A Perspectiva sócio-histórica de formação em psicologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, J. A. de. **Querer ficar, querer sair**: os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de saúde mental. 2007, 146f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Universidade Católica de São Paulo, São Paulo – SP: 2007.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ROSE, N. **Governando a alma**: a formação do eu privado. In: T. T. da Silva (Org.). **Liberdades reguladas**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-45.

STEPAN, N. L. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, G. (Org.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 331-391.

CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências e
Tecnologias em Saúde (UnB/FCE/PGCTS)
Brasília – Distrito Federal

Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Universidade de Brasília, Departamento de
Antropologia, Programa de Pós-Graduação em
Ciências e Tecnologias em Saúde (UnB/DAN/
PGCTS)
Brasília – Distrito Federal

Patrícia Maria Fonseca Escalda

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Graduação em Saúde Coletiva (UnB/FCE/SC)
Brasília – Distrito Federal

RESUMO: O suicídio em idosos pode estar associado a causas biológicas (p.ex. doenças incapacitantes), psicológicas e sociais, tais como violências. O envelhecimento no Distrito Federal (DF) aponta para adoção de estratégias de prevenção desse evento, levando em conta as suas características sociodemográficas. O objetivo foi caracterizar os óbitos por suicídio em idosos no DF, de 2007 a 2016, pelas variáveis: faixa etária, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e causa básica pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Utilizaram-se dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade após aprovação em Comitê de Ética.

Observou-se que o suicídio foi maior em homens (81%), com razão de sexo aproximadamente 4, em idosos de 60-69 anos (55%), de cor parda (64%) e sem companheiros (66%), aqui incluídos os solteiros, separados/divorciados e os viúvos. As três principais causas foram X70 (óbitos por enforcamento, estrangulamento e sufocação), X80 (precipitação de lugar elevado) e X68 (óbitos por autointoxicação e por exposição intencional a pesticidas), respectivamente com 44,5%, 13,4% e 10,9%. Se analisadas somente mulheres, a segunda e terceira causas de óbitos passam a ser X74. (disparo de arma de fogo não especificada) e X72. (disparo de arma de fogo de mão), com 13% e 8,7%, nesta ordem. Considerando-se o envelhecimento populacional, o que pode invariavelmente aumentar os óbitos por suicídio nesse grupo etário, aponta-se para necessidade de ampliação de debate nessa temática para adoção de medidas direcionadas à prevenção e à identificação e manejo de fatores de risco correlacionados, envolvendo-se família, comunidade e redes sociais de apoio.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, Saúde do Idoso, Políticas de Saúde, Epidemiologia Descritiva.

CHARACTERIZATION OF DEATHS BY SUICIDE ON ELDERLY IN THE FEDERAL DISTRICT, BRAZIL, IN THE PERIOD FROM 2007 TO 2016.

ABSTRACT: Suicide in the elderly may be associated with biological (eg disabling diseases), psychological and social causes, such as violence. Aging in the Federal District (DF) points to the adoption of strategies to prevent this event, taking into account their sociodemographic characteristics. The objective was to characterize suicide deaths in the elderly from 2007 to 2016, by age, sex, race / color, civil status, schooling and basic cause of the International Classification of Diseases (ICD-10). Data from the Mortality Information System were used after approval by the Ethics Committee. It was observed that suicide was higher in men (81%), with a sex ratio of approximately 4, in the elderly 60-69 years old (55%), brown color (64%) and no companions (66%), including single, separated / divorced and widowed. The three main causes were X70 (deaths due to hanging, strangulation and suffocation), X80 (high site precipitation) and X68 (deaths due to self-poisoning and intentional exposure to pesticides), respectively, with 44.5%, 13.4% and 10.9%. If only women are analyzed, the second and third causes of death become X74. (unspecified firearm firing) and X72. (handgun firing), with 13% and 8.7%, in that order. Considering population aging, which can invariably increase suicide deaths in this age group, there is a need to broaden the debate on this issue to adopt measures aimed at prevention and the identification and management of correlated risk factors, involving family, community and social support networks.

KEYWORDS: Suicide, Health of the Elderly, Health Policy, Epidemiology, Descriptive.

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é um tipo de violência caracterizada pelo atentado contra a própria vida que, por si só, já evoca agressividade e traz impactos para familiares e amigos, que são afetados nas dimensões psicológicas, sociais e financeiras (OMS, 2012 WORLD REPORT VIOLENCE AND HEALTH). Para Durkheim (2000, p. 14), o suicídio pode ser definido como toda a morte que “resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que ela produziria esse resultado”.

Anualmente, há estimativa de que 800 mil pessoas no mundo vão a óbito por suicídio, sendo a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e ocorrendo, em quase 80% dos casos, em países de baixa e média renda. Enforcamento, ingestão de pesticidas e disparos de armas de fogo são os métodos mais utilizados neste evento (OPAS, 2018).

Em idosos, o suicídio já é apontado como um problema de saúde pública. No ano 2000, a taxa de mortalidade específica para 100 mil habitantes, em nível global, foi de 55,4 em indivíduos de 75 anos e mais, enquanto para aqueles de 15 a 24 anos, essa taxa foi de 19,2 (OMS, 2002). No Brasil, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5 para 100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015, sendo os homens o grupo mais afetado, com maiores

valores neste sexo, na faixa etária de 70 anos e mais de idade (MS, 2017).

Nesse contexto, quando observado o envelhecimento populacional, aqui compreendido como um “processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos”, essa temática ganha ainda mais espaço para o debate. A senescência, envelhecimento propriamente dito, de modo geral não implicaria em quaisquer problemas e estes, quando existindo, poderiam ser gerenciados com a adoção de estilo de vida mais ativo. Entretanto, em situações de estresse psíquico e/ou doenças crônicas, podem ser geradas condições que irão requerer assistência em diferentes âmbitos, que é o que representa a senilidade (BRASIL, 2006).

No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020 (CLOSS & SCHWNAKE, 2012). Com a mudança na estrutura etária, manifestou-se grande incidência de doenças crônicas e, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se a principal causa de óbito e incapacidade prematura no país (VERAS, 2015). O número de idosos que apresentam algum tipo de DCNT cresce com indicações preocupantes, em progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência deste público (MACHADO, 2017).

A elevação nas taxas de determinados grupos de agravos, tais como as causas externas, como acidentes e violências (aqui incluído o suicídio) indica a necessidade de se incluir esse tema em discussões por gestores e profissionais de saúde (GAWRYSZEWSKI et al, 2004). Além disso, no Brasil, historicamente, a população idosa não é enfatizada em levantamentos sobre mortalidade por causas externas, haja vista os indicadores desse grupo de causas ser maior em faixas etárias mais jovens. Entretanto, estudo conduzido nessa área demonstra que os coeficientes de óbitos por causas externas têm tendência crescente com o avançar da idade (MATHIAS et al, 2006).

Considerando o envelhecimento da população brasileira, fenômeno que ocorre em todas as Unidades da Federação, é relevante conhecer a frequência e as características sociodemográficas do suicídio em idosos no Distrito Federal de modo a se obter subsídios para adoção de ações estratégicas para sua prevenção e que sejam consideradas as especificidades deste ciclo de vida.

Assim, esse estudo se propôs a caracterizar os óbitos por suicídio em idosos no DF no período de 2007 a 2016.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo, de série temporal, em óbitos ocorridos por suicídio em idosos no Distrito Federal (DF), no período de 2007 a 2016. As séries temporais são úteis quando se quer “organizar no tempo as informações quantitativas” com o objetivo de se antecipar ao futuro, de modo a se prever o que poderá ocorrer

caso nenhuma intervenção seja feita (ANTUNES & CARDOSO, 2015).

Os dados relacionados a óbito foram provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e obtidos por meio de solicitação à Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF), enquanto os dados populacionais foram provenientes da Companhia de Planejamento do DF (Codeplan).

As variáveis analisadas foram ano do óbito (2007 a 2016), sexo (masculino e feminino), raça/cor (branca, preta, amarela, parda, e indígena), faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos, 90 ou mais), escolaridade (nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, e 12 anos ou mais de estudo) e estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente/divorciado, e união estável). A causa básica dos óbitos considerou a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), identificando-se os eventos de X60 a X84, correspondentes às lesões autoprovocadas intencionalmente.

A análise foi feita com base na estatística descritiva e considerou apenas os residentes no DF. A mortalidade proporcional, segundo o meio empregado no evento (CID-10), também foi calculada, utilizando-se o número de óbitos por determinada causa no numerador e, no denominador, o total de óbitos por suicídio no mesmo grupo etário e no mesmo período. Os dados foram consolidados no Microsoft Excel 2016, Office 365, Windows® e exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.

Respeitando-se os dispostos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, sob o parecer número 2.202.975, de 05/08/17 e no CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da SES/DF, sob o Parecer número 2.269.757.

Esse estudo fez parte de tese de doutoramento no Programa de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília e contou com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A população idosa no Brasil é de 20.590.599 habitantes, o que corresponde a 10,8% dos residentes no território nacional. Na Região Centro-Oeste esse percentual é de 8,8% da população residente total, enquanto no Distrito Federal (DF) é de 7,7% (BRASIL, 2010).

Em 2018, a população estimada do DF foi de 2.974.703 habitantes e as transformações ocorridas na estrutura etária da população foram influenciadas, também, pelos movimentos migratórios. No período, de 2000 a 2015 houve um crescimento populacional de 38%. sendo que o componente idoso (idade ≥ 60 anos) mais que dobrou no período, passando de 108.699 hab. (2000) para 273.903 hab. (2015). O percentual de idosos variou de 55,8% para 58%, verificando-se a tendência

de feminilização do envelhecimento (BRASIL/IBGE, 2019). A população acima de 80 anos cresceu 173%, enquanto a população de 0 a 4 anos reduziu 3%, refletindo um envelhecimento acelerado da população, que se dá de forma desigual em função da renda e da escolaridade de seus moradores, e conduzindo a mudanças no perfil de morbimortalidade.

O perfil epidemiológico do DF segue a tendência nacional, com altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas (MIRANDA et al, 2016; DUARTE & BARRETO, 2012). A mortalidade proporcional possui diferenças entre as faixas etárias em relação ao sexo: homens morrem de forma mais precoce, as taxas aumentam a partir dos 15 anos e diminuem após 70 anos. Nas mulheres esse aumento segue a linha de tempo, concentrando-se mais após os 80 anos (SES-DF, 2015).

Estudo conduzido em 2015, no DF, mostrou que as três primeiras causas de óbito em idosos de 60 a 79 anos foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, nesta ordem. As causas externas e as doenças infecciosas e parasitárias apareceram em 6º lugar. Considerando apenas este grupo, o suicídio foi a quarta causa de óbito, com coeficientes em homens maiores do que em mulheres (SES-DF, 2015). A Tabela 1 apresenta detalhamento dos óbitos por causas externas em indivíduos de 60 a 79 anos no DF.

Causas de óbito	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	Taxa**	Nº	Taxa***	Nº	Taxa*
Causas externas	128	124,0	60	43,3	188	77,7
Acidentes de transporte	53	51,3	25	18,0	78	32,2
Quedas	26	25,2	19	13,7	45	18,6
Agressões	23	22,3	4	2,9	27	11,2
Suicídio	9	8,7	4	2,9	13	5,4
Demais causas externas	17	16,5	8	5,8	25	10,3

*por 100 mil habitantes de 60 a 79 anos **para cada grupo de 100 mil habitantes do sexo masculino de 60 a 79 anos

***para cada grupo de 100 mil habitantes do sexo feminino de 60 a 79 anos

Tabela 1. Número e coeficiente de mortalidade por causa e sexo, na faixa etária de 60 a 79 anos, residentes no DF, 2015.

Fonte: SES-DF/DIVEP/GIASS, 2015.

No período estudado, que abrangeu de 2007 a 2016, morreram 119 idosos por suicídio no DF, tendo maior ocorrência em homens (81%), na faixa etária de 60 a 69 anos (55%), pardos (64%), sem companheiro(a) (55%) e com ensino fundamental (1 a 7 anos de escolaridade, com 49%). A Tabela 1 sumariza as características sociodemográficas dos óbitos por suicídio em idosos no DF.

	ÓBITOS (n=119)	
	n	%
Faixa etária		
60-69 anos	66	55
70-79 anos	37	31
80-89 anos	14	12
90-99 anos	2	2
≥ 100 anos	0	0
Subtotal	119	100
Sexo		
Masculino	96	81
Feminino	23	19
Subtotal	119	100
Raça/cor		
Branca	40	34
Preta	3	3
Parda	76	64
Subtotal	119	100
Escolaridade		
Nenhuma	10	8
1-3 anos	24	20
4-7 anos	35	29
8-11 anos	20	17
≥ 12 anos	26	22
Ignorado	4	3
Subtotal	119	100
Estado civil		
Solteiro (a)	22	18
Casado(a) ou união estável	53	45
Viúvo(a)	18	15
Separado(a)	26	22
Subtotal	119	100

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos que faleceram por suicídio no Distrito Federal, de 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A predominância do sexo masculino (81% contra 19% do sexo feminino) e a tendência de aumento no suicídio em homens corrobora com o levantamento feito por PINTO et al (2012) em que os autores verificaram que a mortalidade masculina superou a feminina (82,2% contra 17,8%) e o de SOUSA et al (2013), em que se identificaram 87,5% de casos de suicídios em homens. Isso pode ser justificado sobre a perspectiva do gênero, uma vez que as idosas levaram toda uma vida condicionada a cuidar do outro em detrimento de suas próprias necessidades, voltando sua vida para o companheiro e sua prole. Já os idosos, ao não estarem mais vinculados à

atividade laboral diária, ou em situações de conflitos relacionais ou vinculados à sua imagem e masculinidade, incorrem em situações de risco para o suicídio (MENEGBEL et al, 2012). A razão por sexo foi de 4:17, ou seja, aproximadamente para cada 4 homens uma mulher vai a óbito por suicídio. Um estudo comparativo entre Brasil e Rio de Janeiro verificou que, em 2006, esta razão foi de 4 a cada mulher no país e de 2,9 naquele estado (MINAYO et al, 2012), portanto o DF está na média nacional. No âmbito internacional a OMS (2002) identificou uma média de 3 homens para cada mulher, sendo que em idosos, a tendência de que homens tenham taxas ainda maiores. O Gráfico 1 apresenta essa diferença no número de óbitos por suicídio entre os sexos.

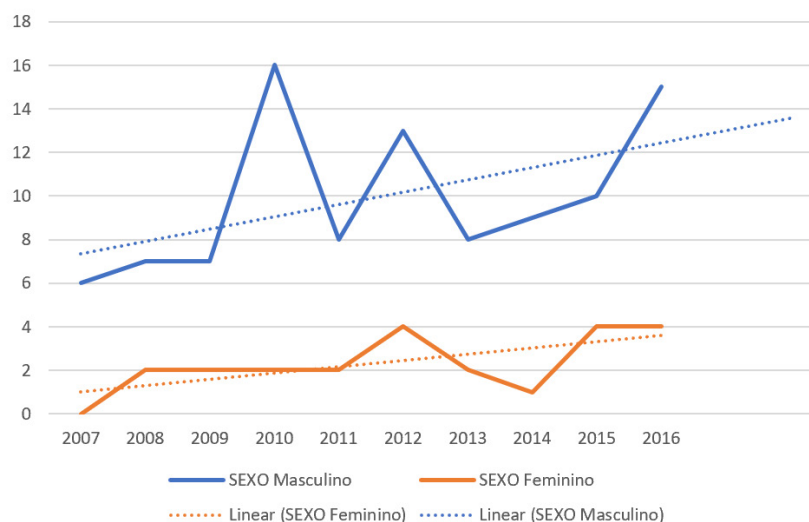


Gráfico 1. Óbitos por suicídio em idosos no Distrito Federal, por sexo, 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Quanto à faixa etária, houve mais óbitos naqueles de 60 a 69 anos (55%), seguidos pelos de 70 a 79 anos (31%), de modo semelhante ao encontrado por CARMO et al (2018) em estudo feito na Bahia, em que 53,8% do grupo etário era de 60 a 69 anos. Entretanto, LOVISI et al (2009) em levantamento conduzido em todas as capitais brasileiras, identificaram que houve predominância nos idosos maiores de 70 anos. O Gráfico 2 apresenta a série histórica dos óbitos por suicídio no DF, por faixa etária, mostrando que os de 60 a 69 anos ocuparam o primeiro lugar em todos os anos, mas sugerindo que tais óbitos tendem a serem distribuídos pelos demais estratos idosos.

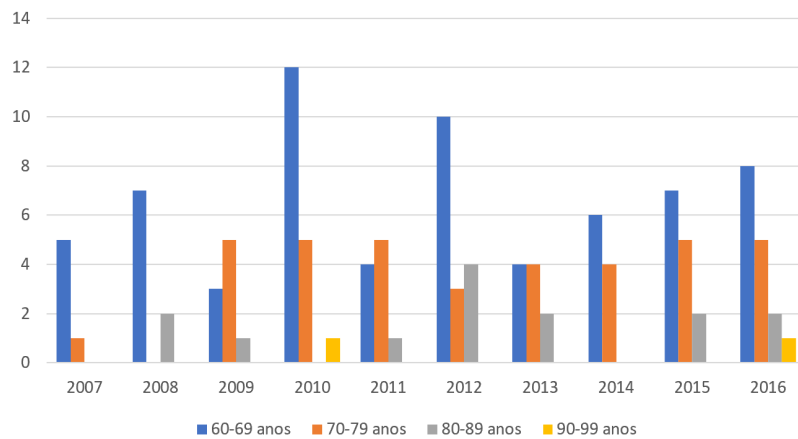


Gráfico 2. Óbitos por suicídio em idosos no Distrito Federal, por faixa etária, 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Quanto ao estado civil, quando comparados os grupos de idosos sem companheiros (aqui incluídos os solteiros, os viúvos, e os separados) com os casados ou em união estável, observou-se que o primeiro grupo teve 55% dos óbitos, indicando que estar casado (judicialmente ou não) é um fator de proteção para o suicídio. Resultado semelhante foi visto em BRASIL (2015) em que se identificaram maiores proporções entre solteiros(as), viúvos(as) ou divorciados(as), sendo 60,3 % no sexo masculino e 60,7% no sexo feminino. Para Durkheim (2000), que analisou o suicídio sob a ótica social, a família é geradora de responsabilidades e compromissos nos indivíduos, o que lhes atribui sentido à vida, o inverso acontecendo, por exemplo, em situações de divórcio, em que há fragilidade nas relações sociais.

O suicídio em idosos pode estar ligado a fatores biológicos (por exemplo, doenças incapacitantes), psicológicos e outros de ordem social, aqui incluindo-se aspectos relacionados ao acesso à educação formal. Em relação à escolaridade, idosos com de 1 a 7 anos de estudo (correspondente ao ensino fundamental) foram a maioria, com 49% dos casos, seguidos pelos de 12 e mais anos de estudo (nível superior), com 22%, e os de 8 a 11 anos de estudo (ensino médio), com 17% dos óbitos por suicídio. Outros estudos, como o de CARMO et al (2018), que foi conduzido na Bahia, e o de BRASIL (2015), de abrangência nacional, encontraram dados semelhantes, em que 33,5% e 30,5%, respectivamente, dos idosos que foram à óbito por suicídio apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo.

O método mais utilizado para cometer o suicídio, considerando a causa básica por categorias da CID-10, foram X70 (óbitos por estrangulamento, com 44,5%), X80 (precipitação de lugar elevado, com 13,4%) e X68 (Autointoxicação por exposição a pesticidas, com 10,9%). Esses resultados vão ao encontro dos achados por CARMO et al (2018) na Bahia em que 64,3% dos óbitos por suicídio em idosos foram por estrangulamento e enforcamentos, seguidos de autointoxicação por pesticidas, com 13,1%. Quando analisados os meios utilizados em relação ao sexo, verificou-se que

em mulheres, se considerado armas de fogo (independente da especificação da arma), esta seria a 2ª causa de óbito, com 21,7% dos casos. A Tabela 2 explicita os meios empregados no ato suicida, por sexo, no período estudado.

Causa Básica (Categoria CID-10)	Sexo (N=119)			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
X61. Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.	4	4.2	1	4.3
X64. Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.	1	1.0	0	0.0
X68. Autointoxicação por exposição, intencional, a pesticidas.	12	12.5	1	4.3
X69. Autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas.	3	3.1	1	4.3
X70. Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.	43	44.8	10	43.5
X71. Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.	2	2.1	0	0.0
X72. Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.	7	7.3	2	8.7
X74. Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.	4	4.2	3	13.0
X78. Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.	1	1.0	1	4.3
X76. Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.	4	4.2	2	8.7
X80. Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.	14	14.6	2	8.7
X84. Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.	1	1.0	0	0.0
Total	96	100.0	23	100.0

Tabela 2. Óbitos por suicídio em idosos no Distrito Federal, por causa básica (CID-10) e sexo, 2007 a 2016.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Transtornos mentais, tais como depressão e crises de ansiedade, e o isolamento delas decorrentes, são identificados pela OMS como causas que predisõem ao suicídio (OMS, 2002). Em idosos, também há correlação entre DCNT e a qualidade de vida. As doenças físicas podem suscitar e/ou agravar doenças mentais assim como a depressão, por exemplo, pode dar início a doenças crônicas e estas, por sua vez, são fatores de risco para o suicídio (SILVA et al, 2015). O indivíduo se sente improdutivo e impotente para a vida em sociedade. MYNAYO & CAVALCANTE (2012), em uma revisão narrativa, identificaram que a maioria das pesquisas cita doenças graves e degenerativas, dependência física, e depressão severa, como fatores de desencadeadores do evento nesse grupo etário. A esse entendimento, acrescenta-se a teoria de que o suicídio possui causas sociais para além dos sintomas orgânico-

psíquicos ou do ambiente no qual os indivíduos estão situados, fazendo-se ampliar a compreensão de que o suicídio em si é uma decisão individual carregada de significação coletiva e social (DURKHEIM, 2000). Nessa linha, um estudo conduzido no Canadá evidenciou que este evento, em idosos, associa-se a causas individuais e sociais e, portanto, políticas que pretendem influenciar positivamente a população devem sempre ter abrangência coletiva e considerar as diversas determinações envolvidas que não apenas as biológicas (NGUI, 2015).

Nesse sentido, profissionais de saúde devem auxiliar na identificação e no manejo dos fatores de risco (sociais, inclusive) do suicídio, ampliando o diálogo e a escuta qualificada, compreendendo o contexto em que indivíduos idosos estão inseridos e quebrando paradigmas que se transformam em barreiras no processo do cuidar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Distrito Federal o crescimento da população idosa acompanha a tendência nacional, com ênfase na população feminina. Óbitos por suicídio são mais frequentes em idosos do sexo masculino, de cor parda e sem companhia conjugal. As causas de suicídio mais envolvidas foram enforcamento, precipitação de lugar elevado, intoxicação por pesticidas e disparo com arma de fogo. Observou-se tendência de aumento em suicídio nos idosos do sexo masculino.

Esse tema precisa ser melhor debatido para implementação de políticas públicas de saúde direcionadas à prevenção e manejo dos fatores de risco correlacionados, com envolvimento da família, da comunidade e das redes sociais de apoio, pois o diálogo sobre o suicídio é fator de proteção, se subsidiado por práticas sustentadas em evidências e epidemiologicamente direcionadas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. & CARDOSO, M. R. A. **Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, Jul-Set. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm, acessado em 01/10/2012, às 22h18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Boletim Epidemiológico. Brasília, v. 48, n. 30, 2017.

CARMO, E.A. **Mortalidade por suicídio em idosos na Bahia, 1996-2013**. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 27, n. 1, 2018

CLOSS, E.; SCHWNAKE, C. H. A. **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010**. Rev. bras. geriatr. Gerontol. Rio de

Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, Set. 2012.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Rev. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília. v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DURKHEIM, E. **O suicídio: Estudo de sociologia**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. WMF; 2000.

EVANGELISTA, R. A. et al. **Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar**. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v. 48, n. Esp2, p. 85-91, Dez. 2014.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. **Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, Ago. 2012.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. **Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual**. Rev Assoc Med Bras. São Paulo, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

LOVISI, G. M. et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Rev Bras Psiquiatr. São Paulo, v. 31, Supl. 2, p. S86-S93, Out. 2009.

MACHADO, W. D. et al. **Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência**. Revista Ciência e Saberes. São Luís, v. 3, n. 2, p. 444-451, Abr-Jun. 2017.

MATHIAS, T. A. F. et al. **Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil**. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-24, Fev. 2006.

MENEGHEL, S. N. et al. **Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, Ago. 2012.

MINAYO, M. C.S.; CAVALCANTE, F.G. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura**. Rev Saúde Pública. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, Ago. 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, Abr. 2012.

MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016.

NGUI, A. N. **Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults**. Prev Med., v. 75, p. 44-8. Jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002. 360p.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Washington, DC: OPS, 2014. 92p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa sobre suicídio. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839, acesso em 07/06/2019, as 13h50.

PINTO, L. W. et al. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, Ago. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde. **Relatório epidemiológico sobre mortalidade geral**. Distrito Federal, 2015. 41p.

SILVA, J. V. et al. **A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública**. Cad Grad Ciênc Biol Saúde. Maceió, v. 2, n. 3, p. 91-100. Maio, 2015.

VERAS, R. **A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-6, Jan.-Mar. 2015.

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

Alesson Gabriel Martins Silva Bezerra

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.
União Metropolitana de Educação e Cultura,
Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.
Lauro de Freitas/BA.

Laura Moreira Queiroz

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.
União Metropolitana de Educação e Cultura,
Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.
Lauro de Freitas/BA.

Mila Nora Pereira Oliveira Souza

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.
União Metropolitana de Educação e Cultura,
Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.
Lauro de Freitas/BA.

Paula Cristian Dias De Castro

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.
União Metropolitana de Educação e Cultura,
Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.
Lauro de Freitas/BA.

Raissa Andressa Da Costa Araújo

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.
União Metropolitana de Educação e Cultura,
Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.
Lauro de Freitas/BA.

Thiago Barbosa Vivas

Docente do Curso de Graduação em Medicina.
União Metropolitana de Educação e Cultura,
Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.
Lauro de Freitas/BA.

RESUMO: Objetivo: analisar a frequência e a variação do número de suicídios, no estado da Bahia, entre 2008 e 2017. **Método:** trata-se de estudo ecológico de séries temporais cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A variação do número de óbitos ao longo da série temporal foi analisada utilizando testes de correlação de Pearson e Spearman para amostras com distribuição paramétrica e não paramétrica, respectivamente. Quando consideradas estatisticamente significantes, as variações foram submetidas a regressão linear para predição do número de óbitos até 2037. **Resultados:** 4.712 suicídios foram registrados no período, apresentando um crescimento de 59,26% entre os anos de 2008 e 2017. A análise dos resultados revelou um maior número de suicídios no sexo masculino (3.865, 82,02%). A faixa etária que apresentou o maior número de suicídios foi 30 a 39 anos (1.057, 22,4%). O número de suicídios foi maior em indivíduos com 4 a 7 anos de escolaridade (1.113, 23,6%),

com crescimento de 485,0% na faixa de 8 a 11 anos de escolaridade. **Conclusões:** o número de suicídios cresceu expressivamente no período analisado, principalmente entre jovens do sexo masculino com idade entre 20 a 39 anos. A correlação entre o número de óbitos e a série temporal foi alta ($R = 0,931$, $p < 0,001$), o que confirma uma tendência de crescimento com o passar dos anos. Neste contexto, o número de suicídios na Bahia, até o ano de 2037, chegará a cerca de 886 por ano.

CHARACTERIZATION OF SUICIDE IN THE STATE OF BAHIA BETWEEN THE YEARS OF 2008 AND 2017: NA TIME-SERIES ECOLOGICAL STUDY

ABSTRACT: Objective: to analyze the frequency and variation of the number of suicides in the state of Bahia between 2008 and 2017. **Methods:** this is an time-series ecological study whose data were obtained by consulting the database of the Information System on Mortality (SIM). The variation of the number of deaths throughout the time series was analyzed using Pearson and Spearman correlation tests for samples with parametric and non-parametric distribution, respectively. When considered statistically significant, the variations were submitted to linear regression to predict the number of deaths by 2037. **Results:** 4,712 suicides were recorded in the period, presenting a growth of 59.26% between the years 2008 and 2017. The analysis of the results revealed a higher number of male suicides (3,865, 82.02%). The age group with the highest number of suicides was 30 to 39 years (1,057, 22.4%). The number of suicides was higher in individuals with 4 to 7 years of schooling (1,113, 23.6%), with a growth of 485.0% in the range of 8 to 11 years of schooling. **Conclusions:** the number of suicides increased significantly in the analyzed period, especially among young men aged 20 to 39 years. The correlation between the number of deaths and the time series was high ($R = 0.931$, $p < 0.001$), which confirms a growth trend over the years. In this context, the number of suicides in Bahia until the year 2037 will reach about 886 per year.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, sabidamente relacionado a múltiplos fatores – de ordem cultural, social, subjetiva, biológica, etc. –, que resulta na morte intencionalmente autoprovocada (CARMO, 2018). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tendo se tornado, em 2012, a décima quinta causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte (BRASIL, 2017). Anualmente, cerca de um milhão de pessoas se suicidam no mundo, perfazendo uma média de um suicídio a cada 45 segundos. De modo geral, os coeficientes mais altos encontram-se em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e do Sul (BOTEGA, 2014).

Corroborando com esse cenário, apesar de possuir um coeficiente considerado relativamente baixo, por ser um país populoso, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados

pela OMS (VARNIK, 2012). Entre os anos de 2000 a 2012, foram registrados 112.103 óbitos classificados como suicídio em maiores de 10 anos de idade, com aumento de 26,5% na taxa de mortalidade, que passou de 4,9 por 100 mil habitantes em 2000 para 6,2 por 100 mil habitantes em 2012 (CARMO, 2018).

Segundo Rosa (2016), a intenção suicida e o suicídio são problemas que resultam da interação de fatores sociais, biológicos, genéticos, psiquiátricos, socioeconômicos e culturais. O desemprego, problemas legais ou trabalhistas, vulnerabilidade social, problemas familiares e conjugais, vivências traumáticas e violência intrafamiliar, alcoolismo e uso de outras drogas, transtornos mentais e psicológicos, bem como algumas condições clínicas incapacitantes são caracterizados como fatores que predisõem à incapacidade psíquica de administrar os problemas.

Ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido. Neste contexto, intervenções eficientes, bem fundamentadas, baseadas em evidências científicas e em informações seguras, poderão ser planejadas e implementadas junto a determinados grupos e indivíduos – notadamente aqueles identificados como mais vulneráveis – para prevenção das tentativas de suicídio e diminuição dos índices de mortalidade por esta causa (BRASIL, 2017).

OBJETIVO

Analisar a frequência absoluta, a frequência relativa e a variação do número de suicídios – segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente –, segundo as variáveis núcleo regional de saúde, sexo, faixa etária e escolaridade, tendo como unidade amostral o estado da Bahia, entre os anos de 2008 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico de séries temporais cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pela Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) através do endereço eletrônico <<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa>>, acessado em 27 de março de 2019.

O desfecho principal deste estudo é o número de suicídios – óbitos cujas causas foram as lesões autoprovocadas intencionalmente (CID X60 a X84) – de residentes no estado da Bahia ocorridos no período de 2008 a 2017. Os dados foram sistematizados segundo as variáveis núcleo regional de saúde, sexo, faixa etária e escolaridade tabulados no programa Microsoft® Excel para Office 365 MSO (versão 16.0.11328.20156).

A variação do número de óbitos ao longo da série temporal (2008 a 2017) foi analisada utilizando os testes de correlação de Pearson e de Spearman para

amostras com distribuição paramétrica e não paramétrica, respectivamente. Quando consideradas estatisticamente significantes, as variações foram submetidas a regressão linear para predição do número de óbitos nos anos de 2022, 2027 e 2032. Valores p menores do que 0,05 ($\alpha < 5\%$) foram considerados significantes. As análises estatísticas foram realizadas no IBM® SPSS Statistics (Armonk, Nova Iorque, EUA, versão 24). Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos elaborados no Microsoft® Excel e no IBM® SPSS Statistics.

RESULTADOS

Os resultados do estudo foram objeto de análise comparativa descritiva e estatística. Neste trabalho foram consideradas as variáveis independentes ano de ocorrência, núcleo regional de saúde, sexo, faixa etária e escolaridade, utilizadas na interpretação da distribuição da variável dependente número de suicídios de residentes no estado da Bahia.

Um total de 4.712 óbitos foram registrados no período, apresentando um crescimento percentual de 59,26% entre os anos de 2008 e 2017.

Núcleo Regional De Saúde

A análise do número de suicídios por núcleo regional de saúde revela maiores frequências nos núcleos Leste (1.105, 23,5%), Centro-leste (588, 12,5%) e Sul (577, 12,2%), com crescimento percentual em todas as regiões, exceto Nordeste e Sul, onde foi observada uma variação negativa no número de suicídios no período observado (Tabela 2).

Uma correlação muito forte ($R > 0,9$) foi observada entre o número total de suicídios e o ano de ocorrência ($R = 0,931$; $p < 0,001$); correlações fortes ($R > 0,7$) entre o número de suicídios e o ano de ocorrência foram observadas nos núcleos Leste e Norte ($R = 0,892$ e $0,805$, respectivamente; valor $p = 0,001$ e $0,005$, respectivamente). Uma correlação moderada foi observada no núcleo Centro-norte ($R = 0,665$; $p = 0,036$). Nos demais núcleos, embora uma variação percentual do número de óbitos tenha sido observada, as correlações com o ano de ocorrência não foram consideradas estatisticamente significantes (Tabela 2).

Submetidas a regressão linear, as variações do número total de óbitos e do número de óbitos nos núcleos Centro-norte, Leste e Norte permitiram a predição constante na Tabela 3.

Núcleo Regional de Saúde	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Centro-Leste	588	12,5%
Centro-Norte	394	8,4%
Extremo Sul	229	4,9%
Leste	1.105	23,5%
Nordeste	348	7,4%
Norte	421	8,9%
Oeste	222	4,7%
Sudoeste	809	17,2%
Sul	577	12,2%
Ignorado	19	0,4%
Total	4.712	100,00%

Tabela 1: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo o núcleo regional de saúde, por tipo de frequência, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

Núcleo Regional de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ	R	Valor pa	Total
Centro-Leste	61	67	59	36	59	57	52	57	66	74	21,3%	0,264	0,461	588
Centro-Norte	23	29	21	24	49	51	51	48	48	50	117,3%	0,665	0,036b	394
Extremo Sul	20	25	20	17	19	26	29	27	20	26	30,0%	0,432	0,213	229
Leste	62	43	118	99	101	119	108	141	157	157	153,2%	0,892	0,001	1.105
Nordeste	37	31	36	32	45	25	33	32	42	35	-5,4%	0,071	0,846	348
Norte	31	36	24	46	42	45	40	41	54	62	100,0%	0,805	0,005	421
Oeste	17	9	19	22	25	28	5	21	29	47	176,4%	0,588	0,074	222
Sudoeste	54	79	73	89	90	92	84	82	80	86	59,3%	0,43	0,214b	809
Sul	69	61	66	71	52	51	48	55	40	64	-7,2%	-0,577	0,081	577
Ignorado	4	2	2	-	2	2	1	1	4	1	-75,0%	-	-	19
Total	378	382	438	436	484	496	451	505	540	602	59,26%	0,931	0,000	4.712

Tabela 2: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo o núcleo regional de saúde, por ano do óbito, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

^a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

^b Correlação de Spearman.

Núcleo Regional de Saúde	R	Valor pa	B	Valor pc	2017	2022	2027	2032
Centro-Norte	0,665	0,036b	3,600	0,003	50	74	92	110
Leste	0,892	0,001	10,988	0,001	157	215	270	325
Norte	0,805	0,005	2,879	0,005	62	69	84	98
Total	0,931	0,000	21,297	0,000	602	674	780	886

Tabela 3: Modelo de predição do número de suicídios no estado da Bahia, segundo o núcleo regional de saúde

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

^a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

^b Correlação de Spearman.

^c Regressão Linear.

Sexo

Foi possível observar, a partir da análise da variável sexo, um maior número de suicídios no sexo masculino (3.865, 82,02%), mas com crescimento percentual inferior ao do sexo feminino. No período, foi observado um crescimento de 49,55% no número absoluto de suicídios entre os homens e de 127,66% entre as mulheres (Tabelas 4 e 5).

A correlação entre o número de suicídios de pessoas do sexo masculino e o ano de ocorrência foi muito forte ($R = 0,929$; $p < 0,001$), enquanto a correlação entre o número de suicídios de pessoas do sexo feminino e o ano de ocorrência foi forte ($R = 0,767$; $p = 0,010$). Submetidas a Regressão Linear, as variações permitiram a predição constante na Tabela 6.

Sexo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Masculino	3.865	82,0%
Feminino	846	17,9%
Ignorado	1	0,1%
Total	4.712	100,00%

Tabela 4: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo o sexo, por tipo de frequência, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

Sexo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ	R	Valor pa	Total
Masculino	331	324	344	358	389	396	370	420	438	495	49,5%	0,929	0,000	3.865
Feminino	47	58	94	78	95	100	81	85	101	107	127,6%	0,767	0,010	846
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	378	382	438	436	484	496	451	505	540	602	59,26%	0,931	0,000	4.712

Tabela 5: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo o sexo, por ano do óbito, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

^a Correlação de Pearson.

Sexo	R	Valor pa	B	Valor pc	2017	2022	2027	2032
Masculino	0,929	0,000	16,345	0,000	495	542	624	705
Feminino	0,767	0,010	4,909	0,010	107	131	156	180
Total	0,931	0,000	21,297	0,000	602	674	780	886

Tabela 6: Modelo de predição do número de suicídios no estado da Bahia, segundo o sexo

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

^a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

^b Regressão Linear.

Faixa Etária

Como pode ser observado na Tabela 7, a faixa etária que apresentou o maior número de suicídios é 30 a 39 anos (1.057, 22,4%), seguida de 20 a 29 anos (977, 20,7%) e de 40 a 49 anos (893, 19,0%). É possível observar, também, que o número de suicídios cresceu em todas as faixas etárias analisadas, com destaque para a faixa etária de 10 a 14 anos (800,00%).

Uma correlação muito forte foi observada entre o número de suicídios na faixa etária de 50 a 59 anos e o ano de ocorrência ($R = 0,923$; $p < 0,001$). Correlações fortes ($R > 0,7$) foram observadas nas faixas etárias 15 a 19 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 60 a 69 anos. Uma correlação moderada foi observada na faixa etária 80 anos e mais ($R = 0,664$; $p = 0,036$). Nas demais faixas, embora uma variação percentual do número de óbitos tenha sido observada, as correlações com o ano de ocorrência não foram consideradas estatisticamente significantes (Tabela 8).

Submetidas a Regressão Linear, as variações do número total de óbitos e do número de óbitos nas faixas etárias 15 a 19 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e 80 anos e mais permitiram a predição constante na Tabela 9.

Faixa Etária	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
5 a 9 anos	3	0,1%
10 a 14 anos	41	0,9%
15 a 19 anos	278	5,9%
20 a 29 anos	977	20,7%
30 a 39 anos	1.057	22,4%
40 a 49 anos	893	19,0%
50 a 59 anos	662	14,0%
60 a 69 anos	437	9,3%
70 a 79 anos	251	5,3%
80 anos e mais	98	2,1%
Ignorado	15	0,3%
Total	4.712	100,00%

Tabela 7: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo a faixa etária, por tipo de frequência, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ	R	Valor p ^a	Total
5 a 9 anos	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
10 a 14 anos	1	3	6	4	3	6	2	2	5	9	800,0%	0,477	0,163	41
15 a 19 anos	16	26	27	22	29	21	29	30	38	40	150,0%	0,821	0,004	278
20 a 29 anos	81	90	107	108	116	91	71	105	100	108	33,3%	0,217	0,546	977
30 a 39 anos	84	76	91	112	122	106	106	104	129	127	51,2%	0,810	0,004	1.057
40 a 49 anos	80	76	84	79	86	95	86	93	98	116	45,0%	0,860	0,001	893
50 a 59 anos	48	49	58	50	60	72	75	84	72	94	95,8%	0,923	0,000	662
60 a 69 anos	37	42	31	27	34	58	44	44	58	62	67,6%	0,721	0,019	437
70 a 79 anos	23	15	22	23	20	36	24	27	26	35	52,2%	0,656	0,390	251
80 anos e mais	5	4	11	7	13	10	13	14	11	10	100,0%	0,664	0,036	98
Ignorado	3	1	1	2	1	1	1	1	3	1	-66,7%	-0,172	0,634 ^b	15
Total	378	382	438	436	484	496	451	505	540	602	59,3%	0,931	0,000	4.712

Tabela 8: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo a faixa etária, por ano do óbito, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

^a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

^b Correlação de Spearman.

Faixa Etária	R	Valor pa	B	Valor pc	2017	2022	2027	2032
15 a 19 anos	0,821	0,004	1,988	0,004	40	47	57	67
30 a 39 anos	0,810	0,004	4,782	0,005	127	151	175	199
40 a 49 anos	0,860	0,001	3,352	0,002	116	121	138	155
50 a 59 anos	0,923	0,000	4,800	0,000	94	112	136	160
60 a 69 anos	0,721	0,019	2,891	0,019	62	71	86	100
80 anos e mais	0,664	0,036	0,752	0,037	10	17	21	24
Total	0,931	0,000	21,297	0,000	602	674	780	886

Tabela 9: Modelo de predição do número de suicídios no estado da Bahia, segundo a faixa etária

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

^a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

^b Regressão Linear.

Escolaridade

Com relação à variável escolaridade, a taxa de suicídio é inversamente proporcional ao tempo de estudo, ou seja, quanto maior o tempo de escolaridade, menor o número de suicídios, resultado que pode ser observado na Tabela 10. Entretanto, a análise da série temporal evidencia uma mudança de tendência na distribuição de suicídios

segundo esta variável, apontando um crescimento substancial (485,0%) do número de óbitos dentre os indivíduos com 8 a 11 anos de escolaridade.

Uma correlação muito forte foi observada entre o número de suicídios entre pessoas que estudaram de 8 a 11 anos e o ano de ocorrência ($R = 0,935$; $p < 0,001$). Correlações fortes ($R > 0,7$) foram observadas nos grupos com 1 a 3 anos e 12 ou mais anos de escolaridade. Nas demais faixas, embora uma variação percentual do número de óbitos tenha sido observada, as correlações com o ano de ocorrência não foram consideradas estatisticamente significantes (Tabela 11).

Submetidas a Regressão Linear, as variações do número total de óbitos e do número de óbitos nos grupos com escolaridade de 1 a 3 anos, de 8 a 11 anos e de 12 ou mais anos permitiram a predição constante na Tabela 12.

Escolaridade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nenhuma	455	9,7%
1 a 3 anos	1.096	23,3%
4 a 7 anos	1.113	23,6%
8 a 11 anos	700	14,9%
12 anos e mais	230	4,9%
Ignorado	1.118	23,7%
Total	4.712	100,00%

Tabela 10: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo a escolaridade, por tipo de frequência, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

Escolaridade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ	R	Valor pa	Total
Nenhuma	41	48	40	56	38	53	37	46	38	58	41,5%	0,165	0,650	455
1 a 3 anos	58	60	82	119	145	136	117	136	118	125	115,5%	0,734	0,016	1.096
4 a 7 anos	106	92	126	92	90	90	101	105	154	157	48,1%	0,366	0,298b	1.113
8 a 11 anos	20	54	59	65	63	70	72	83	97	117	485,0%	0,935	0,000	700
12 anos e mais	14	16	14	12	19	24	27	33	42	29	107,1%	0,866	0,001	230
Ignorado	139	112	117	92	129	123	97	102	91	116	-16,5%	-0,477	0,163	1.118
Total	378	382	438	436	484	496	451	505	540	602	59,3%	0,931	0,000	4.712

Tabela 11: Número de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, segundo a escolaridade, por ano do óbito, no estado da Bahia (2008 a 2017)

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

b Correlação de Spearman.

Escolaridade	R	Valor pa	B	Valor pc	2017	2022	2027	2032
1 a 3 anos	0,734	0,016	7,661	0,016	125	182	221	259
8 a 11 anos	0,935	0,000	8,012	0,000	117	146	186	226
12 anos e mais	0,866	0,001	2,800	0,001	29	50	64	78
Total	0,931	0,000	21,297	0,000	602	674	780	886

Tabela 12: Modelo de predição do número de suicídios no estado da Bahia, segundo a escolaridade

Fonte: SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2019.

a Correlação de Pearson, quando não indicada outra.

b Regressão Linear.

CONCLUSÃO

A mortalidade por suicídio no estado da Bahia apresentou crescimento expressivo entre 2008 e 2017, principalmente entre jovens do sexo masculino com idade entre 20 a 39 anos. Apesar disso, o crescimento percentual foi mais acentuado entre as mulheres. A análise segundo o núcleo regional de saúde revela uma concentração de suicídios nas regiões do estado mais desenvolvidas e populosas (Leste, Sudoeste e Centro-leste).

A análise do número de suicídios segundo a faixa etária revelou elevado número de óbitos dentre os indivíduos adultos (20 a 49 anos) e acentuado crescimento dentre os indivíduos com 10 a 19 anos, crianças e adolescentes. Em relação à escolaridade, no período, o número de óbitos é maior quanto menor for o tempo de estudo do indivíduo, embora a análise da série temporal tenha evidenciado um crescimento acentuado no número de suicídios dentre os indivíduos com maior tempo de escolaridade. Este fenômeno deverá ser investigado a partir de estudos com metodologias apropriadas para o estabelecimento de relações de causalidade.

A correlação entre o número de óbitos e a série temporal foi alta ($R = 0,931$, $p < 0,001$), o que confirma que o número de suicídios tende a crescer com o passar dos anos. Neste contexto, o número de suicídios na Bahia, até o ano de 2037, deverá chegar a cerca de 886 óbitos por ano, cerca de 47,18% a mais do que em 2017.

Nesse contexto, nota-se a necessidade de aprofundamento dos pesquisas para investigação das hipóteses e resultados aqui apresentados, com vistas à sistematização de evidências científicas capazes de auxiliar na formulação de políticas públicas para o enfrentamento deste importante problema social, na tentativa de diminuir a incidência e o número absoluto de casos de suicídio no estado da Bahia e no Brasil.

REFERÊNCIAS

- BOTEGA, N. J. *et al.* Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**. v.25. n. 3. 2014. p.231-236.
- BRASIL, Ministério Da Saúde. Suicídio, saber agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 48, n. 30, 2017. p.7
- BRASIL, Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim epidemiológico**. v. 48, n. 30, 2017. p.15
- CARMO, E. A. *et al.* Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epideimol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 1, n. 27, 2018. p.1-8
- ROSA, N. M *et al.* Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **J Bras Psiquiatr**. 2016 p.231-8.
- VARNIK, P. Suicide in the world. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 9. 2012. p.760- 771.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health. **Suicide data**. 2017. Available in: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Access in 06 de outubro de 2018 às 20:12:45.

CRISE PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior

Alessandra Gracioso Tranquilli

Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Priscila Coimbra Rocha

RESUMO: As transformações no modelo assistencial em Saúde Mental sugerem a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas desenvolvidas no campo da atenção psicossocial que sugere ações inovadoras de ampliação conceitual e tecnológica. Ao considerar esta perspectiva, é necessário assumir a amplitude da atenção às situações de crise em Saúde Mental, tomando-as como objeto do trabalho de amplos setores que observem o seu potencial transformador e considerem dimensões éticas, políticas e clínicas nas intervenções em torno do seu manejo. Destacamos o desafio de revolucionar a psicopatologia a partir deste novo lugar, diferente, que se constitui com o surgimento de serviços que vivem o território e estabelecem práticas que habitualmente levam em consideração a integralidade do cuidado imprimindo a partir de intervenções multiprofissionais, que dialogam entre si, articulações interdisciplinares que ampliam a observação da determinação social do processo de construção do sofrimento. Esta

perspectiva ampliada possibilita manejos mais efetivos nas complexas situações de crise, manejos estes que levam em consideração os percursos singulares e seus territórios existenciais. Por estas razões, apoiadas nos construtos políticos, legais e teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na articulação entre clínica e política, e na necessidade de transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social, considerando a necessária articulação de distintos setores para a efetivação da atenção psicossocial, a existência de uma hegemonia de pensamento do modelo biomédico no campo da saúde, numa perspectiva de linearidade da relação causa-efeito entre substância e comportamento e leitura dos sintomas a partir de uma abordagem impessoal e invariável, além da marginalização das interpretações subjetivas e do não recurso a uma ancoragem sociocultural dos processos de adoecimento, sugerimos uma ampliação do conceito de crise em Saúde Mental, apresentando o conceito de Crise Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Crise

PSYCHOSOCIAL CRISIS: A PROPOSAL FOR ENLARGING THE CONCEPT OF CRISIS IN

ABSTRACT: The transformations in the care model in Mental Health suggest the inclusion of territorially based clinical movements and their singularities in the framework of practices developed in the field of psychosocial care, that suggests innovative actions of conceptual and technological expansion. In considering this perspective, the breadth of the attention to crisis situations in Mental Health must be undertaken, regarding them as the object of work of large sectors that regard their transforming potential and consider ethical, political and clinical dimensions in the interventions concerning their management. We highlight the challenge of revolutionizing psychopathology from the standpoint of this new, different place, which is constituted by the emergence of services that experience the territory and establish practices that usually take into consideration the integrality of care. As a consequence of multi-professional interventions that dialogue among each other, interdisciplinary articulations that amplify the observance of the social determination of the construction of suffering are effected. This extended perspective allows for more effective management in complex crisis situations, which take into account life courses in their uniqueness and within their existential territories. For these reasons, based on the political, legal and theoretical constructs of the Brazilian Psychiatric Reform, on the articulation between clinical practice and politics, and on the need to transform the realities that operate in the construction and/or intensification of social suffering; considering the necessary articulation of different sectors for the effectiveness of psychosocial care; considering the existence of the hegemony of the biomedical model of thought in the field of health, in a perspective of linearity of the cause-effect relationship between substance and behavior and in reading the symptoms from an impersonal and invariable approach, in addition to the marginalization of subjective interpretations and the absence of a resort to the sociocultural anchoring of the processes of illness, we suggest an expansion of the concept of crisis in Mental Health, presenting the concept of Psychosocial Crisis.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Crisis

1 | INTRODUÇÃO

As transformações impulsionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB), a partir da mudança do modelo assistencial em saúde mental, abriram horizonte para a visibilização e ampliação de perspectivas de cuidado que se aproximam de variados contextos territoriais. Trata-se um processo civilizador que no encontro cotidiano com o sofrimento inventa dispositivos diferentes de cuidado, tece redes com o território, cria novas formas de sociabilidade, produz valor social e constrói uma ética que insiste em sonhar com um outro mundo possível (YASUI, 2010, p. 22).

A RPB é um processo social complexo que, em seu caminhar, abre possibilidades para o surgimento de novos elementos e situações que pressupõem a existência de novos atores e atrizes sociais, que segundo Amarante, apresentam também novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções

teóricas, religiosas, éticas, étnicas e de pertencimento de classe. Essa perspectiva se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural) que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões (AMARANTE, 2011, p. 63).

O modelo psicossocial apresenta um organograma institucional que se orienta pela lógica da horizontalidade, subvertendo o anterior fluxo onde as decisões eram estabelecidas do ápice para a base. Esta subversão imprime uma horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários. Nesse sentido, a implicação subjetiva e sociocultural e a singularização compõem a ética das práticas neste modelo (COSTA-ROSA, 2000, p.145).

Vasconcelos (2008) afirma que o processo de trabalho na atenção psicossocial tem, entre suas características, o fato de que é hegemonicamente do tipo trabalho-intensivo e é majoritariamente sustentado por tecnologias leves. A utilização deste tipo de tecnologias possibilita a criação de espaços de cooperação e partilha de saberes entre os diferentes profissionais da saúde, permitindo o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, articulado e coletivo dentro da própria equipe, objetivando, sobretudo, a partilha de conhecimentos e experiências de cada indivíduo envolvido no processo de assistência à saúde da população.

Neste contexto, considerando que é recente a transformação do modelo conceitual e das abordagens em saúde mental, torna-se fundamental a compreensão das ações desenvolvidas em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que desenvolvem papel estratégico de articulação com o território e colocam em prática uma ampliação conceitual e tecnológica dos manejos de situações observadas no campo da saúde mental, em especial as situações de crise.

2 | A CENTRALIDADE DA CRISE NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Além das complexidades que surgem no desafio de tecer ações que promovam a integralidade, o campo da saúde mental ainda apresenta a necessidade de desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde, quer sejam tecnologias e/ou horizontes epistemológicos, no que diz respeito ao manejo dos quadros de crises que acometem os sujeitos em sofrimento mental. Silva e colaboradoras (2009) apontam estas complexidades como merecedoras de todos os investimentos clínicos necessários, exigindo de quem trabalha com elas um preparo diferenciado e manejos sofisticados.

No que diz respeito às ações inscritas na atenção às situações de crise Dell'Aqua e Mezzina (1991) apontam que é necessário assumir a particularidade, mas também a amplitude, tomando-as como objeto do trabalho em saúde, considerando o seu potencial transformador, observando as dimensões éticas, políticas e clínicas das intervenções em torno do seu manejo.

Dimenstein e Liberato (2009) destacam que as experiências exitosas no campo

da saúde mental têm em comum o fato de terem direcionado seus esforços para mecanismos eficazes de intervenção na crise e na criação de uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização das associações, dos recursos comunitários, entre outros. E, para além de um desafio a resposta à crise, segundo Dimenstein e colaboradoras (2012), precisa ser uma prioridade estratégica para a RPB, constituindo um analisador importante para compreender a desinstitucionalização da loucura.

Os momentos de crise são comuns numa vida em sociedade e podem ser importantes para o estabelecimento de outros horizontes. Partimos da compreensão de que as crises em Saúde Mental são compostas por elementos *psicossociais*. Havendo, portanto, uma ancoragem sociocultural nos processos de crise, onde algumas alterações se expressam individualmente no funcionamento psíquico de um dado sujeito, mas tem sua origem no contexto de uma rede social. (NUNES, 2012).

Diante da inegável influência direta dos fatores sociais, culturais e políticos no processo de adoecimento mental em todas as suas fases, em especial a crise, para ampliar a compreensão do fenômeno da crise, sugerimos o termo **Crise Psicossocial** para a definição de um momento de ruptura que agrega as marcas singulares expressas no corpo do sujeito que sofre, e também elementos do contexto social onde este sujeito se insere, que podem tanto intensificar este sofrimento, quanto promover cuidado (MENEZES JUNIOR, 2018).

Não é simples ampliar os conceitos clínicos para crise. Lima e colaboradoras (2012) afirmam tratar-se de um termo polissêmico, mas que remete invariavelmente à noção de um estado de movimento e de mudança.

[...] “crise é um arranjo providencial que se tem à disposição quando todos os recursos psíquicos do sujeito já foram utilizados. A crise é ponto de corte. Ela representa a experiência de inconstância subjetiva que se coloca para o sujeito quando este é colocado em questão” (VIDAL et al., 2007).

Dell’Aqua & Mezzina (1991), partindo da experiência de atuação nos Serviços de Saúde Mental de Trieste, apontam que a condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial e que qualquer esquema para a definir deve considerar a organização psiquiátrica, ou sistema de cuidados em saúde mental, existente no território onde se insere a pessoa em crise e, no momento histórico particular da crise, são necessários complexos instrumentos e recursos para o estabelecimento de cuidado nas variadas situações.

A experiência de Trieste é importante pois salvaguardadas as distancias e diferenças existentes entre as Reformas Psiquiátricas italiana e brasileira pode-se assumir que a primeira em muito ancora experiências epistemológicas e cotidianas que direcionaram e ainda direcionam processos deste movimento antimanicomial no Brasil.

Ferigato, Onoko-Campos e Ballerin (2007, p.35) chamam atenção para a necessidade de um maior aprofundamento acerca da vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vive concretamente. Destacam ainda que a potência intrínseca ao momento de crise precisa ser observada, pois neste momento surgem chances para uma oportunidade de transformação do sofrimento: “Momento de saída de um lugar historicamente dado para um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito”.

A atenção à crise é decisiva e estratégica, em virtude de a crise ser a justificativa, a via de entrada e, por vezes, a via de permanência, por meio da “porta-giratória”, no sistema manicomial. “A amplitude, a qualidade, a efetividade e a humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance antimanicomial das redes de cuidado” (CAMPOS, 2014, p. 161).

A crise é individual e social, objetiva e subjetiva. É um fenômeno complexo e suas dimensões estão em uma relação dialógica que se influenciam, produzem vetores, forças, oposições, antagonismos que convivem entre si e formam um todo, o qual não pode ser vislumbrado pelo simples somatório das partes (MORIN, 1999 apud CAMPOS, 2014). Há na crise uma alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, porém a sua origem está no contexto de sua rede social; ela é produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede (DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005 apud CAMPOS, 2014). Desse modo, se há ruptura social, demandas sociais e aspectos bastante objetivos, há também subjetividade e sujeito na crise; esse sujeito toma posição, apesar de ser nominado portador da crise, é aquele que rompeu contratos e regras sociais (LEGUIL, 1990 apud CAMPOS, 2014).

Uma perspectiva ampliada possibilita manejos mais efetivos nestas complexas situações, manejos estes que levam em consideração os percursos singulares e seus territórios existenciais. Cuidar de pessoas em crise demanda uma ampliação dos horizontes de liberdade, transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social e articulação de distintos setores. A ampliação do olhar sobre o contexto social no qual o sujeito em crise está inserido possibilita uma maior compreensão desse fenômeno, além de abrir e ampliar possibilidades de articulação para o cuidado.

Nunes (2012), em seu artigo de revisão acerca da dimensão biopiscossociocultural do adoecimento mental, apresenta, como contraponto ao modelo psiquiátrico hegemônico da contemporaneidade, três vertentes antropológicas e históricas que interpretam o fenômeno do adoecimento mental a partir de perspectivas socioculturais:

- *uma primeira que encara o adoecimento mental como um processo que segue o curso da história em constante mutação, sendo assim se configura por meio dos significados, valores e dinâmicas sociais imperantes em cada momento;*
- *uma segunda vertente que se debruça a estudar uma padronização e glo-*

balização de um conjunto de diagnósticos psiquiátricos e as consequentes condutas terapêuticas associadas a eles e dos processos clínicos de cuidado. Vale ressaltar aqui a influência do contexto econômico e político sobre a criação e uso destes diagnósticos; e

- uma terceira que tem focado na influência dos processos sociais e culturais no modo em que as pessoas em sofrimento se servem de recursos simbólicos e psicossociais nas suas experiências cotidianas de sofrimento.*

Não desconsiderando a primeira e segunda perspectivas, teceremos diálogo a partir da terceira e também considerando a categoria Sofrimento Social que, segundo Kleinman, “resulta do que o poder político, econômico e institucional produz nas pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam as respostas aos problemas sociais” (KLEINMAN *et al.* Apud VICTORIA, 2011, p. 5). O sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos. (VICTORIA, 2011)

Ao problematizar a teoria do Sofrimento Social, Renault (2010) destaca que para a compreensão deste fenômeno, é fundamental a consideração da dimensão política das condições sociais e psíquicas do sofrimento. Sendo assim, considerando as formulações do campo da Atenção Psicossocial e a necessidade de incorporar os marcadores sociais à conceituação de crise, propõe-se o termo **Crise Psicossocial** de modo a incluir na observação deste complexo fenômeno os elementos que considerem sua historicidade.

Partindo deste contexto e, como abordado anteriormente, considerando que as ações desenvolvidas na clínica psicossocial, diferente das instituições totais, abrem e ampliam horizontes para a inclusão de outras ferramentas tanto na definição diagnóstica da crise quanto nas intervenções utilizadas para o seu manejo.

3 | ENTENDIMENTOS SOBRE CRISE PSICOSSOCIAL

Romper com o modelo psiquiátrico tradicional e estabelecer uma prática psicossocial exige uma quebra nas históricas relações de poder instituídas a partir do controle dos corpos e da lógica de subjugação e exclusão dos sujeitos “desviantes”. Portanto, a implicação dos operadores do cuidado neste processo de transformações é essencial; e o papel de trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental é imprescindível para o processo da RPB (AMARANTE, 2010).

A constituição de um novo paradigma assistencial implica em disponibilidade técnica, ética e política dos profissionais para a construção de outros propósitos e formas de organização dos serviços, das modalidades de gestão, dos processos de trabalho e das práticas profissionais. Nestes, o estabelecimento de relações que incluem usuários e usuárias como sujeitos projetam composições “mais abertas à

produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos”. (CAMPOS *apud* NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.73)

Consideramos que a concretude de um novo modelo está intrinsecamente ligada à mudança das práticas de trabalhadores e trabalhadoras, lançamos questões sobre quais são os sistemas de símbolos e signos de distinção destes e destas frente aos manejos clínicos no campo da Saúde Mental. Neste sentido, para sustentar esta argumentação recortamos da dissertação “cuidado compartilhado intersetorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso deixar abertas as portas do coração” falas de trabalhadoras que atuam numa Rede de Atenção Psicossocial sobre suas percepções acerca do conceito de crise em saúde mental, chamada por nós de **Crise Psicossocial**, que abrem horizonte para a inclusão dos elementos sociais. (MENEZES JUNIOR, 2018, p. 75-76)

“O processo de crise começa antes da desorganização em si. A **crise social** que todos nós causamos é algo dessa constituição política que vem anterior à crise individual em si e acho que é algo que a gente precisa repensar. Nessa sociedade que gera tantos tipos de crise, a **desigualdade social brutal que faz com que as pessoas, as famílias, não tenham acesso ao mínimo para a sobrevivência e estejam num cenário de crises constantes**. Eu penso assim, principalmente no que tange ao psicossocial. A desassistência gera diversas consequências. Então a família de um adolescente que usa drogas e vive em contexto de vulnerabilidade intensa, que não pôde dar a ele o suporte suficiente para não precisar ir pra rua, fazer uso de substâncias de forma tão precoce, quando comparada com uma outra classe social, isso não acontece precocemente, existe um nível de escolha, então são diversas coisas que são produzidas nessa sociedade. Eu só queria puxar essa questão da crise pra um pouco antes, porque eu acredito que é algo político, que tem classe, cor e local muito específico. Esse **recorte, social e político**, precisa ser feito. Então acho que a crise é causada por essa sociedade que estamos construindo, ela é anterior a uma crise que desorganiza o sujeito” (Trabalhadora 1 – psicóloga).

“Às vezes ele vem certinho num processo e de repente acontece um boom, que pode ser, inclusive, **uma intervenção técnica equivocada**” (Trabalhadora 2 – assistente social).

“Então acho que **essas rupturas e desorganizações tem muito a ver com as relações sociais do sujeito no território**, quando acontece algum desentendimento no território, ele passa pra esse processo de maior desorganização” (Trabalhadora 3 – assistente social)

“Os **momentos de crise e ruptura acontecem quando a vulnerabilidade se agrava ainda mais** (que ele está e muitas vezes se coloca). Por exemplo, um adolescente de 13 anos em situação de rua, teoricamente, é alguém que já está muito vulnerável, frágil. Ele já rompeu com um monte de coisas socialmente, já tem desarranjos se pensarmos no que a sociedade espera para um adolescente nessa idade. Mas, em alguns momentos ele não consegue dar conta das relações e dos pactos que o mantêm na rua. Acredito que, quando há uma crise esse sujeito começa a romper e se desorganizar, se colocando numa situação mais crítica, **quebram-se alguns pactos, alguns acordos e isso é estar em crise também, se colocar num lugar onde pode ser alvo de violência, onde não pode circular, mas mesmo assim vai lá**. Isso também aponta pra desorganização, porque, em outros momentos, ele não faz isso. É como se a pessoa não estivesse dando conta

de fazer o básico pra sobreviver. É muito diferente da simples desorganização apontada numa leitura da psiquiatria, por exemplo” (Trabalhadora 4 – professora de educação física).

Pelas falas destacadas acima, é possível inferir que estas concepções que orientam os entendimentos sobre crise, consideram uma perspectiva ampliada e incorporam múltiplos elementos em sua constituição, com foco na determinação social do processo de sofrimento. Apontam também elementos das relações singulares dos sujeitos com os territórios onde circulam, onde, por vezes, por romperem com pactos estabelecidos, tem intensificada sua situação de risco.

Quando a dimensão social é negada, estabelecem-se barreiras de acesso. Nesse sentido, afirma que, principalmente no cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, não se pode desconsiderar os marcadores sociais que refletem a desigualdades (raciais, de gênero, sociais) e incrementam a criminalização de algumas pessoas que fazem uso de drogas.

Destaca-se, nesta compreensão ampliada, os elementos institucionais que produzem a crise, chamado em um das falas de “intervenção técnica equivocada”. Essa percepção insere o serviço e a atuação técnica no campo de produção do sofrimento, exigindo intensas reflexões acerca dos elementos éticos da clínica psicossocial. Dell’Aqua e Mezzina (1991), chama atenção para o fato de que não é possível efetuar um trabalho com o sujeito se, simultaneamente, não se procede a um trabalho sobre as instituições que cuidam deste sujeito.

Há ainda, como observado, os elementos singulares que compõem a trajetória de vida dos sujeitos, seus circuitos subjetivos e sua relação com território. Não podemos deixar de destacar o lugar de exclusão social e consequente estigmatização das pessoas que expressam seus sofrimentos a partir de rupturas sociais, além da histórica negação de direitos que apontam para uma construção estrutural da desigualdade social.

É possível afirmar, diante dos entendimentos expressados nas falas acima, que as interlocutoras partem de compreensões acerca da crise psicossocial que favorecem a construção de práticas profissionais que incluem a observação da determinação social na constituição do sofrimento. Nesse sentido, considerando os elementos já expostos e a importância de repensarmos intervenções que partam de disponibilidade técnica, ética e política de atores e atrizes que se envolvem com o manejo de situações de **Crise Psicossocial**, a partir de tecnologias relacionais que possibilitem a reconstrução da experiência social, institucional e singular.

4 | ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE PSICOSSOCIAL

A clínica psicossocial é uma clínica política e, para que ela aconteça, é necessário que os trabalhadores e trabalhadoras assumam suas condições de atores e atrizes

do campo político e desenvolvam habilidades para atuar numa arena de múltiplos interesses. Para tanto é necessária uma organização que reconheça as variadas expressões culturais e que produza uma política comum na diversidade. Silva (2007a) chamou nossa atenção, neste lugar de trabalhadores e trabalhadoras, sobre a necessidade de estabelecermos estratégias e táticas, pois

[...] fazemos política, seguiremos fazendo política e a nossa política se regra, se dirige a partir de ideias, de conceitos, de valores e de ideologias. Somos ideológicos. Inexoravelmente ideológicos. Não suportamos a ideia de que alguns, porque não se autogovernam ao modo da maioria, sejam colocados para fora da sociedade (SILVA, 2007a, p.121).

Política perpassa fundamentalmente as relações sociais e diz respeito a todo e qualquer indivíduo. Hannah Arendt enfatiza que política se baseia na pluralidade de homens e mulheres, surgindo no espaço das relações, sendo a liberdade o seu mais importante sentido. A política precisa organizar e regular o convívio de diferentes, não de iguais. (ARENDT, 2009)

Ao se estabelecerem como atores políticos, o movimento de Reforma Psiquiátrica assim como o movimento de Reforma Sanitária, impregnados ética e ideologicamente e vinculando-se à luta pela transformação social, imprimiram rupturas paradigmáticas que impulsionaram importantes reconfigurações no campo da Atenção à Saúde (PAIM, 2008; YASUI, 2010).

As transformações no modelo assistencial em Saúde Mental, por sua vez, sugerem a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas profissionais desenvolvidas neste campo, onde é necessária uma atuação que parta do reconhecimento da diversidade cultural presente nos contextos interativos do cuidado (NUNES, 2009). Além disso, o ponto de partida do processo de trabalho, a partir de tais transformações, deixa de ser a doença, enquanto objeto cristalizado, e passa a evidenciar o sujeito, em suas complexas relações sociais, bem como as suas articulações na produção do sofrimento psíquico.

No entanto, é possível perceber históricas dificuldades que geram entraves no desenvolvimento de ações mais singulares no campo da política. Onocko-Campos e Campos (2015, p.737), ao discutirem este dilema, destacam que temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocarnos no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a entrar em contato. Temos de adentrar na lógica do paradoxo. A este respeito, Ayres (2009, p.21), ao discutir sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, afirma que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade.

Esta problematização, abordada por Ayres, abre horizonte para uma necessária

discussão sobre as articulações entre o microcontexto, macrocontexto, micropolítica e macropolítica, construindo a integração desde a ação do profissional até as propostas de organização do sistema de saúde. Levando em consideração outras perspectivas de se pensar a clínica, Onocko-Campos (2001) afirmava, já no início da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haver uma declarada necessidade de reformulação da clínica nos serviços, o que valeria para os equipamentos substitutivos que estavam começando a surgir, sugerindo a sua ampliação, caso contrário,

[...] ainda que involuntariamente, ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, a criação de serviços pobres para pobres, e a inviabilidade do SUS em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p.110).

Clínica aqui não é compreendida como aquela realizada no espaço restrito do consultório, ou do serviço de saúde mental, onde há o risco de se exercer um poder técnico que submete sujeitos a um enquadre formatado para atender a necessidades de uma estrutura de controle sanitário. A clínica que se articula com a política, como estamos propondo, pode ser também chamada, pelos termos de Lobosque (2003, p. 21), de *clínica em movimento*: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre [as pessoas]”. Ou, ainda, de *clínica peripatética*, como sugere Lancetti (2014, p.20-21) quando define a “clínica praticada em movimento, fora do consultório, no dentro-fora dos consultórios, nos espaços e tempos traçados, transbordando a psiquiatria, a psicanálise e as instituições de saúde mental”.

Todas essas ideias podem ser sustentadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica que, ao apontar para a necessidade de uma transformação crítica do papel hegemônico e centralizador que o hospital psiquiátrico desempenhava na assistência, desenhou um modelo direcionado a outro foco, com ênfase em uma abordagem ampliada, que se aproxima da realidade social dos usuários, ou seja, que parte das complexas dinâmicas do cotidiano dos territórios onde vivem as pessoas (AMARANTE, 2008; YASUI, 2010).

Sendo assim, o processo de trabalho no campo da Saúde Mental demanda um intenso diálogo com os territórios onde vivem as pessoas que utilizam os serviços. Território é entendido aqui como processo, como relação. Yasui (2010) se refere a um conceito de território que diz respeito a construções e transformações que se dão entre os cenários naturais e a história social que homens e mulheres inscrevem e produzem.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades.

É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo (YASUI, 2010, p.127-128).

Portanto, a inversão do modelo de atenção à saúde mental não significa uma simples rearticulação da estrutura organizacional dos serviços, mas sim uma estratégia para que o cuidado se aproxime do território onde o sofrimento é produzido, de maneira a incorporar em seu arcabouço ferramentas que possibilitem a construção do acolhimento e ressignificação deste sofrimento produzido. A este respeito Santos e Nunes (2011, p.716) afirmam

que a maneira como o conceito de território é adotada no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.

Esse modo de fazer imprime uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de um novo paradigma científico, ético e político. Inspirando-se nas formulações de Thomas Kuhn, Yasui utiliza-se do conceito de *transição paradigmática*, evidenciando que a RPB abre horizontes para uma revolução científica que descortina um novo paradigma ao sugerir uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social (YASUI, 2010, p.110).

Nesse sentido, para além da intervenção técnica, inventar saúde significa considerar a reprodução social da pessoa que é cuidada e, segundo Campos (2002), esta noção de reprodução social do sujeito está profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo.

Considerando-se as situações de crise, Dell'Aqua e Mezzina (1991) afirmam que um serviço de saúde mental deve ser capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira escondidos, fragmentados, banalizados e desprovidos de significado. Para tanto

torna-se central no interior da área territorial que abrange, torna-se ponto de observação privilegiado e absolutamente único, porque é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa, que se alonga em um espaço finito, porém extremamente complexo e articulado em sua definição, espaço este que reflete e representa tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, mal-estar, de conflito e de distúrbio social, e que se projeta de modo linear e constante no tempo, seguindo as histórias, as experiências pessoais, a evolução daquele espaço territorial e da sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos

A **Crise Psicossocial** torna-se então um 'evento histórico' que à história retorna, com a qual se coliga, na qual o impacto do serviço resulta com frequência determinante, propriamente na sua condição de 'evento histórico', que pode criar uma expropriação e evidenciar uma ruptura ou, inversamente, operar uma tendência de busca e de resposta. A crise enquanto evento 'no curso do tempo' pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, constatando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da 'doença'. (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991)

Ao discutir as diferenças entre a supressão e o manejo da crise, Tranquilli (2017), afirma que uma prática que pretenda a supressão dos sintomas, com a docilização do sujeito, demandará a utilização de técnicas de contenção como primeiro recurso. Por outro lado, uma prática que se direcione ao manejo da crise enxergada de forma complexa, apostará nas possibilidades de utilização de recursos variados, não invasivos e que emergem no acompanhamento do sujeito em crise, considerando diretrizes e a construção de vínculo.

Ao entender o território como espaço relacional com percursos que compõem as vidas cotidianas das pessoas, (sem esquecer que neste território é onde se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir), as equipes dos serviços substitutivos podem estabelecer processos de produção de saúde e de subjetividade, investindo em criações que produzam novas línguas, novos territórios e novos sentidos. (LIMA e YASUI, 2014, p.595)

Essa produção pode ser forjada através da intensificação de cuidados, uma tecnologia que está intimamente relacionada à perspectiva da Atenção Psicossocial e da Clínica Ampliada, tendo como objetivo fundamental a assunção da possibilidade do sujeito passar pela experiência da crise, acompanhado de perto por uma equipe que o ajude a atravessar essa experiência de angústia no meio social, reduzindo os possíveis danos dessa experiência e construindo formas mais saudáveis de andar a vida após a passagem da crise. Silva (2007b, p. 40) define a clínica da intensificação de cuidados como

um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando ao fortalecimento dos vínculos e à potencialização das redes sociais de sua relação bem como ao estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade.

Para tanto, resgatamos Dell'Aqua e Mezzina (1991) que apontam a importância da "tomada de responsabilidade", considerando-se um conjunto de elementos postos em jogo, onde é necessário o entendimento das potencialidades de estabelecimento

de relação destes momentos de crise. Neste movimento opera-se uma fina clínica, em movimento e peripatética e possíveis de ser nomeadas de tantas outras formas tendo em vista que ela é aberta à invenção, que articulada com os variados elementos políticos e sociais, apresenta aberturas possíveis para manejos que possibilitam a manutenção e estabelecimento de vínculos e a construção de novas redes de relação.

5 | CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

Não temos o objetivo de estabelecer fechamentos pragmáticos com o texto apresentado, mas sim abrir perguntas e horizontes para permanentes construções. No campo da atenção psicossocial, estas aberturas se fazem necessárias diante dos desafios postos para a construção de uma clínica que se considere política e social, e que se articule com os elementos do cuidado em liberdade.

É importante considerar que diante da Crise Psicossocial, marcada por momentos de extrema delicadeza, o cuidado, ao se fazer compartilhado e intersetorial, multiplica as possibilidades de circulação dos sujeitos e amplia a circulação de recursos concretos, além de considerar questões que os serviços de saúde, sozinhos, não dão conta de mediar. Ao considerar esta perspectiva, assume-se que o sofrimento deve ser objeto do trabalho de amplos setores da estrutura social e política.

Diante das incertezas e se possível for um convite à invenção, para você, se couber, uma dica: é preciso deixar abertas as portas do coração para, nos movimentos da clínica, mediar as complexas relações do sujeito com o mundo, debruçando-se com ele sobre a complexidade de seu sofrimento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida** – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ARENDT, H. **O que é política**. Rio de Janeiro: Bertrant Brasil, 2009.

AYRES, JRCM. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

CAMPOS, GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, P. Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: SOARES JORGE, MA; CARVALHO, MCA; SILVA, MCF. **Políticas e cuidado em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao hospital

psiquiátrico. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

DELL'ACQUA, G & MEZZINA, R. Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In DELGADO, J (Org.) **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha; 1991. p. 53-79.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.1, p.1-10, 2009.

DIMENSTEIN, M; AMORIM, AKA; LEITE, J; SIQUEIRA, K; GRUSKA, V; BRITO, C; MEDEIROS, I; BEZERRIL, MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, Porto Alegre, vol. 2, número temático, 2012.

FERIGATO, SH; ONOCKO-CAMPOS, RT; BALLERIN, MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p.31-44, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC. 2014.

LIMA, EMFA; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**. V. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set, 2014.

LIMA, M; JUCÁ, VJS; NUNES, MO; OTTONI, VE. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun., 2012.

LOBOSQUE, AM. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MENEZES JUNIOR, GEC. **Cuidado compartilhado intersectorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas**: é preciso deixar abertas as portas do coração. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2018.

NICÁCIO, F. & CAMPOS, GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, n.15, v.2, p.71-81, 2004.

NUNES, MO. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossocial do adoecimento mental. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v.16, n.43, p.903-15, out./dez.. 2012.

NUNES, MO. O silenciamento da cultura nos (com)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.2, p. 38-47, 2009.

ONOCKO- CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JUNIOR, M; CARVALHO, YM (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RENAULT, E. A Critical Theory of Social Suffering. **CRIT – CriticalHorizons** (London) 11(2): 221-241; 2010.

SANTOS, MRP; NUNES, MO. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. Botucatu: **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

SILVA, MVO. A clínica integral: o paradigma psicossocial como uma exigência da clínica das psicoses. In M. V. O. Silva (Org.), **In-tensa ex-tensa**: a clínica psicossocial das psicoses (pp. 40-41). Salvador: LEV/FFCH/UFBA. 2007b.

SILVA, MVO. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In: LOBOSQUE, AM. **Caderno Saúde Mental**: A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Belo Horizonte: ESP-MG, v.01, 2007a.

SILVA, MVO; SOUZA, CG; OLIVEIRA, MS; MENDONÇA, PP; HARDMAN, LV. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. Abrapso, **anais do XV Encontro Nacional da Abrapso**, Maceió, 2009.

TRANQUILLI, AG. **Intensificação de cuidado na atenção à crise**: uma etnografia das práticas no campo de álcool e outras drogas. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2017.

VASCONCELOS, EM. Algumas características do processo de trabalho no campo psicossocial e suas implicações. In: _____. **Abordagens psicossociais**, v.1: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 159-163.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. **RECIIS** – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro: 5(4): 3-13; 2011.

VIDAL, F.B.; BRAGA, A.C.S.; SODRÉ, AROM. A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M. V. O.(Org.). **IN-tensa/EX-tensa**: a clínica psicossocial das psicoses. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares/UFBA, 2007. p.151-68.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS: MAPEAMENTO DE AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE NA REGIÃO DO CAMPO LIMPO SÃO PAULO

Elisabete Agrela de Andrade

UNASP/SP; Mestrado em Promoção da Saúde.
São Paulo - SP, Brasil;

Vivian Andrade Araújo

UNASP/SP; Graduação em Psicologia. São Paulo
- SP, Brasil;

Maria Camila Azeredo de Jesus

UNASP/SP; Mestrado em Promoção da Saúde.
São Paulo - SP, Brasil;

Ludimilla Deisy da Silva Gomes Martins

UNASP/SP; Graduação em Psicologia. São Paulo
- SP, Brasil;

Karine Vieira de Moraes

UNASP/SP; Graduação em Psicologia. São Paulo
- SP, Brasil;

Mariangela Nascimento Bezerra de Paula

UNASP/SP; Graduação em Psicologia. São Paulo
- SP, Brasil;

Damarens Borges dos Santos

UNASP/SP; Graduação em Psicologia. São Paulo
- SP, Brasil;

RESUMO: INTRODUÇÃO: Após anos da criação da Política Nacional de Saúde Mental, ainda há o desafio de criar espaços de trocas, para além de lugares protegidos, onde a diversidade seja respeitada. Propostas promotoras de saúde remetem à necessidade de conhecer e fortalecer conexões entre instituições, potencializando os serviços

presentes no território. **OBJETIVO:** Para o fortalecimento da RAPS na região do Campo Limpo/SP, este trabalho teve como objetivo mapear ações que pudessem contribuir para a promoção da saúde dos sujeitos neste território de vulnerabilidade social. **METODOLOGIA:** A busca pelas instituições ocorreu a partir de uma pesquisa virtual de instituições pertencentes aos distritos assistidos pela Prefeitura Regional do Campo Limpo, envolvendo quatro áreas de atuação: Saúde, Assistência Social, Cultura e Educação não formal, que oferecem serviços de forma gratuita. A coleta de dados de domínio público, foi realizada entre agosto e novembro de 2017. **RESULTADOS:** Identificou-se 114 instituições, sendo 49 da área de Saúde, 18 de Educação informal, 18 da área cultural e 29 de Assistência. **CONCLUSÃO:** O mapeamento possibilitou maior aproximação com as ações do território e visibilizou espaços de trocas de serviços e saberes. Espera-se contribuir para o aprimoramento da atuação da RAPS na região do Campo Limpo, fomentando a construção de parcerias no território.

PALAVRAS-CHAVE: políticas públicas; promoção da saúde; redes.

CONTRIBUTION TO THE STRENGTHENING OF RAPS: MAPPING OF HEALTH PROMOTION ACTIONS IN THE REGION OF CAMPO LIMPO SÃO PAULO

ABSTRACT: INTRODUCTION: After years of creating the National Mental Health Policy, there is still the challenge of creating spaces for exchanges, in addition to protected places where diversity is respected. Proposed health promoters refer to the need to know and strengthen connections between institutions, enhancing the services present in the territory. OBJECTIVE: To strengthen RAPS in the Campo Limpo / SP region, this study aimed to map actions that could contribute to the health promotion of subjects in this territory of social vulnerability. METHODOLOGY: The search for institutions was based on a virtual survey of institutions belonging to the districts assisted by the Regional Office of Campo Limpo, involving four areas of action: Health, Social Assistance, Culture and Non-formal Education, which offer services free of charge. Public domain data collection was conducted between August and November 2017. RESULTS: A total of 114 institutions were identified, of which 49 were from the Health area, 18 from informal education, 18 from the Cultural area and 29 from the Health area. CONCLUSION: The mapping made possible a greater approximation with the actions of the territory and made visible spaces for the exchange of services and knowledge. It is hoped to contribute to the improvement of RAPS's work in the Campo Limpo region, fostering the construction of partnerships in the territory.

KEYWORDS: public policies; health promotion; networks.

1 | INTRODUÇÃO

As condições de saúde na atualidade, decorrentes de transições epidemiológicas, nutricional, demográficas e ambiental, estão interligadas às questões do desenvolvimento social econômico e humano. Além destas transições, cabe destacar as dinâmicas populacionais relativas aos processos migratórios e migratórios, à produção de vulnerabilidades decorrentes de novos aglomerados humanos, à formação de territórios sem infraestrutura urbana adequada, para as quais uma abordagem ampliada parecem ser uma exigência.

São necessárias criações de novas soluções e alternativas para o enfrentamento da complexidade dos aspectos que interferem nas condições de vida dos sujeitos. Logo, a Promoção da Saúde se apresenta como uma alternativa para esta construção, ao focar a questão dos múltiplos determinantes da saúde.

Do ponto de vista prático, a promoção da saúde contribui para uma abordagem integral do ser humano, o que direciona para uma reorientação dos serviços de saúde, para o desenvolvimento de inovações tecnológicas na área da saúde, projetos comunitários para a promoção da equidade e de ambientes saudáveis e o estímulo para o trabalho intersetorial.

Considerado como um novo “paradigma” no campo da saúde, a promoção da saúde, refere-se a um modelo de atenção à saúde que vai além da assistência médico

curativa, resgatando a concepção de saúde como produção social, resultado de relações de distintas naturezas: econômicas, políticas, organizacionais, ideológicas, culturais e cognitivas (SICOLI e NASCIMENTO, 2003).

A saúde, nesta concepção, passa a ser descrita como um conceito amplo com determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, que vão além das questões biológicas, genéticas e ambientais. Neste sentido, considera-se que há uma forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu estado de saúde (BUSS, 2003).

A abordagem da promoção da saúde vem sendo consolidada desde 1986, sua principal conferência é a de Ottawa (WHO, 1986). De acordo com esta, a Promoção de Saúde “é o processo de empoderamento das populações para obter um melhor controle sobre sua saúde e para melhorar os determinantes da saúde” e define a saúde como “um recurso para a vida diária, um conceito positivo que enfatiza recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas”.

Há um reconhecimento nacional e internacional da importância desta abordagem e uma mobilização no plano institucional visando a seu desenvolvimento. Em âmbito nacional foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) revista em 2014, que tem como objetivo geral:

“Promover a equidade e melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, p. 13).

Neste referencial, o território assume primordial importância, pois é palco de diferentes esforços presentes em um mesmo espaço, na busca do seu desenvolvimento. Assim, quando uma proposta de intervenção emana do território, é rica de um processo de participação dos sujeitos e dos próprios gestores, garantindo uma governança que possibilite a sustentabilidade de suas políticas, voltadas à melhoria da qualidade de vida destes. Por isso, a Promoção da Saúde tem no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção (SACARDO *et. al.*, 2014).

Esta concepção conduz à necessidade de construção de dispositivos de interlocução, de forma a considerar a subjetividade dos envolvidos, isto é, seus sentimentos, valores, ideologias, significados e como se relacionam com o mundo a partir de suas construções singulares, justamente, porque a produção de subjetividades se dá na relação do sujeito individual com o coletivo, sob diferentes influências, resultado de vários fatores: sua história, suas redes sociais, suas crenças, valores, desejos, medos, sentimentos racionalidades, seus encontros com o mundo.

Entretanto, em 2001 com a criação da Política Nacional de Saúde Mental, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ainda convivemos com o desafio

de criar circuitos paralelos de saúde e vida, para além do modelo hospitalocêntrica. Apesar dos avanços das políticas de saúde, nas políticas locais nos deparamos com lógicas focadas no modelo biomédico, e não em uma perspectiva de construção de autonomia do sujeito ou de garantia de ofertas de cuidado no próprio território.

Uma proposta emancipadora de uso de outros espaços de cuidado e saúde ainda é uma meta a ser alcançada, especialmente pela RAPS. Conhecida como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), essa rede de serviços destinada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Entretanto, há uma ineficiência de propostas de trabalho em regiões marginalizadas pelo poder público. Propostas promotoras de saúde remetem à necessidade de conhecer e fortalecer conexões entre instituições, potencializando os serviços presentes no território.

Propomos nesta pesquisa apresentar e discutir quais são as ações/políticas de promoção da saúde, ocorridas no território da região Sul (Capão Redondo/Vila Andrade/Campo Limpo) da cidade de São Paulo. O desafio do estudo é compreender as ações existentes no território a partir do ideário da promoção da saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Cenário de estudo

A área de estudo selecionada para a aplicação da metodologia proposta é a Subprefeitura Campo Limpo, no Município de São Paulo. Esta subprefeitura é composta pelos distritos de Capão Redondo, Campo Limpo e Vila Andrade. Portanto, a pesquisa será realizada em instituições presentes nestas regiões. A escolha desse território teve como critério, a proximidade com o Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).



Figura 1 – Área de estudo

Após um levantamento em dados de domínio público, foram mapeadas ações de promoção da saúde existentes no território. Houve a preocupação em balizar que, diferente de uma pesquisa com interesse na avaliação de serviços, este trabalho tem o propósito de mapear ações promotoras de saúde na região assistida pela subprefeitura do Campo Limpo.

2.2 Busca de experiências

O processo de busca pelas instituições ocorreu, inicialmente, por meio de uma pesquisa virtual para encontrar instituições pertencentes aos distritos assistidos pela Prefeitura Regional do Campo Limpo, as quais fazem parte dos critérios estabelecidos para a inclusão, envolvendo quatro áreas de atuação: Saúde, Assistência Social, Cultura e Educação (desde que sejam projetos extracurriculares e não seja a educação formal), com a condição de serem oferecidos de forma gratuita à população.

A educação formal não foi incluída na pesquisa, porque o intuito deste trabalho consistiu em mapear serviços que ultrapassassem as atividades obrigatórias exigidas pelo Ministério da Educação, considerando também o tempo disponível para a operacionalização deste projeto. Um outro fator que contribuiu para a inclusão apenas da educação informal, é a falta de dados sistematizados neste campo de atuação, o que não inviabiliza a importância da educação formal na consolidação de ações no território.

Foi discutido em equipe o quanto há outros setores que também influenciam na promoção da saúde de um território. Como exemplo, a possibilidade de ser incluído os serviços jurídicos na pesquisa, uma vez que estes atuam indiretamente na promoção da saúde, oferecendo ao indivíduo aconselhamento jurídico ou empoderamento de seus direitos enquanto cidadão, indicando o quanto um mapeamento de território é uma tarefa complexa e em constante desenvolvimento.

2.3 Construção da lista de instituições

A partir das discussões realizadas para a definição dos critérios de inclusão, iniciou-se a busca pela identificação das instituições presentes no território. Essa procura aconteceu virtualmente, através dos sites da Prefeitura Municipal de São Paulo, do CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, e de outras fontes que surgiram a partir da pesquisa geral feita pelo Google, e que se mostram viáveis aos critérios estabelecidos.

Durante o processo de construção da lista de instituições, foi acordado pela equipe a duração de um mês para a conclusão desta etapa, considerando o tempo total da pesquisa neste ano. Desta forma, foi possível identificar 114 instituições (APÊNDICE 1), nos três distritos pertencentes à Prefeitura Regional do Campo Limpo, sendo 49 instituições de Saúde, 18 de Educação informal, 18 da área cultural e 29 de

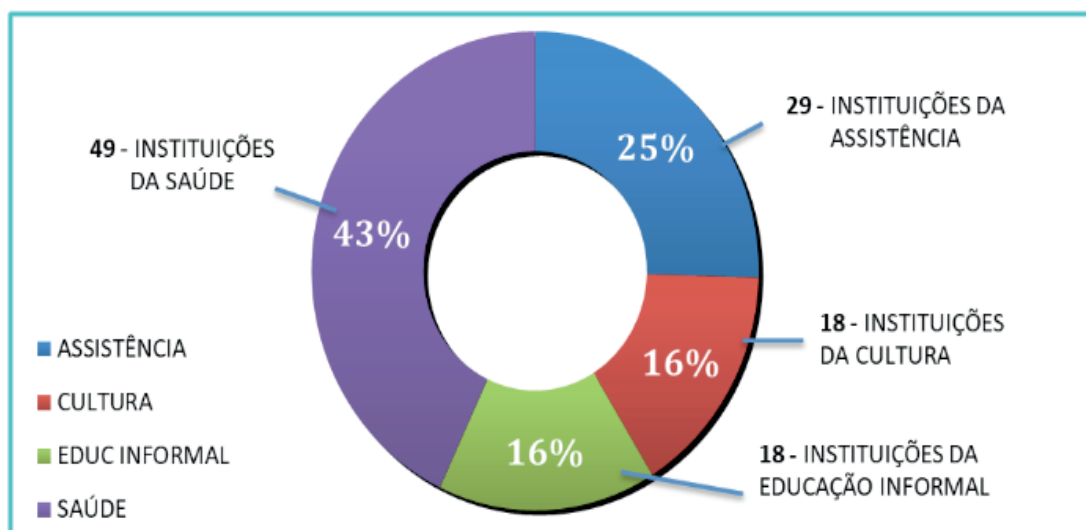


Gráfico 1- Instituições encontradas

Fonte - Produção dos autores

2.4 Contato com instituições

A primeira etapa exploratória feita via contato telefônico, realizou-se a partir da lista construída das instituições que foram classificadas como respondentes aos critérios inclusivos para participação desta pesquisa. Todos os dados coletados foram de domínio público, assim, as ligações tiveram não apenas o intuito de conhecer a dinâmica da prestação de serviços, como também, identificar a acessibilidade do usuário aos serviços oferecidos por cada instituição. Em um segundo momento, foi criado um correio eletrônico onde todas as pesquisadoras tinham acesso, para ser enviado às instituições que solicitaram este tipo de contato. A terceira tentativa de contato e apreensão de dados junto as instituições, quando as duas anteriores falharam, foi a busca de informações por meio de pesquisas em sites de busca e das organizações segregadas.

2.5 Análise de dados

Uma vez construída a lista de instituições e realizada a exploração do campo de pesquisa por meio dos contatos telefônicos, e-mail e pesquisa nos sites, foi realizado o mapeamento da região, em que localizou no mapa da subprefeitura do Campo Limpo todas as instituições que seriam trabalhadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa exploratória do campo, que se deu por meio das ligações, das 114 instituições segregadas, foi possível o contato com 72 (63%) instituições, dentre as quais, tivemos 32 instituições com informações completas.

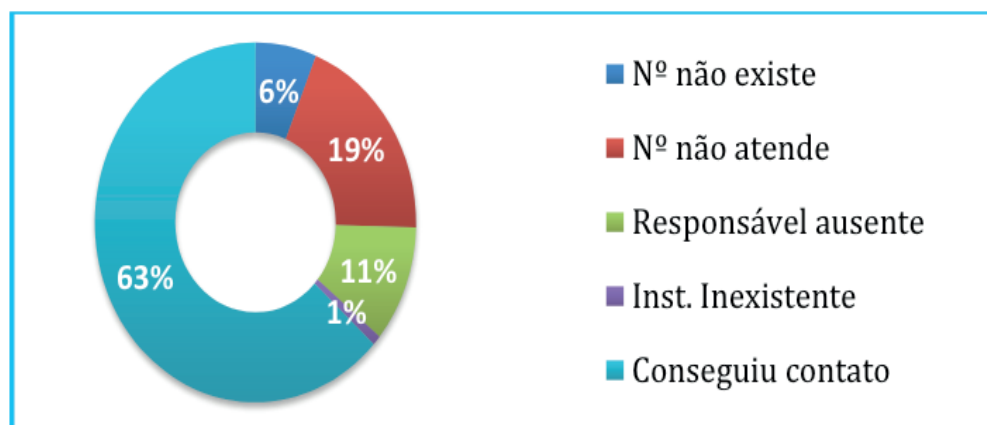


Gráfico 1 - Resultado das ligações (n 114)

Fonte: Produção dos autores

As 40 (37%) instituições restantes em que se estabeleceu o contato, solicitaram que este fosse feito pessoalmente ou através de e-mail, tendo ainda cinco organizações que informaram que os dados de domínio público sobre as mesmas encontravam-se disponíveis em seus sites, conforme o gráfico abaixo. Tais dados revelam que mesmo que as informações sejam de domínio público, não são de fácil acesso.

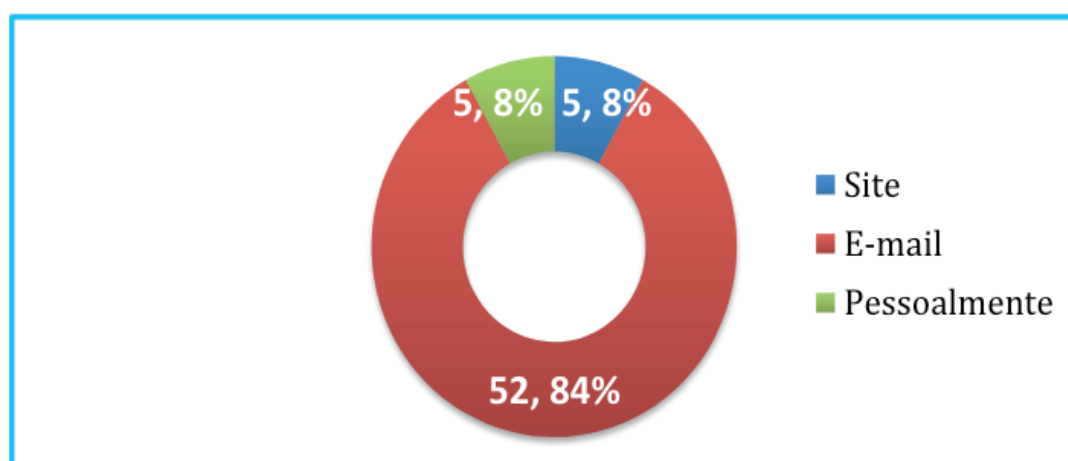


Gráfico 2 - Forma de contato solicitado pelas instituições (n 40)

Fonte: Produção dos autores

Após a etapa exploratória do campo, realizada por telefonemas, e-mail e por pesquisa nos sites, conseguiu-se todas as informações requeridas necessárias de 50 instituições e 26 forneceram parte dos dados, revelando que aproximadamente 86% das instituições forneceram informações à pesquisa de alguma forma, parcial ou completa.

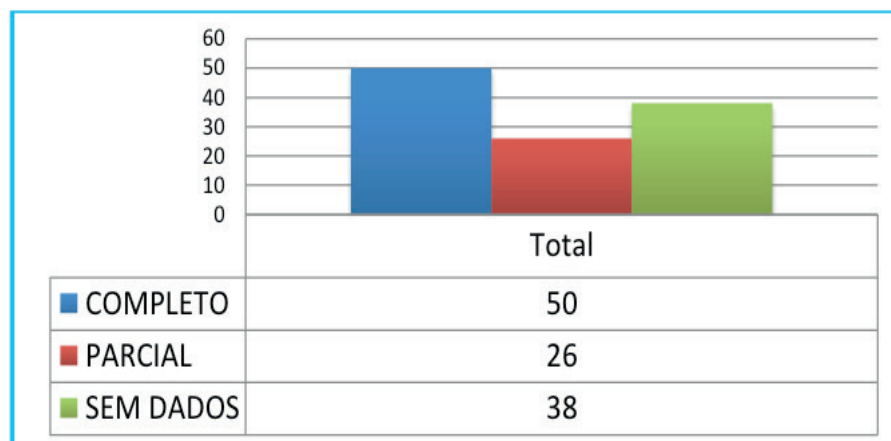


Gráfico 3 - Levantamento dos dados

Fonte: Produção dos autores

Após a coleta de dados criou-se um mapa do território. Para isso, utilizou-se de um site de criação de mapas a partir da lista contendo os dados de todas as instituições (nome, endereço completo, telefone e e-mail), conforme Figura 2.

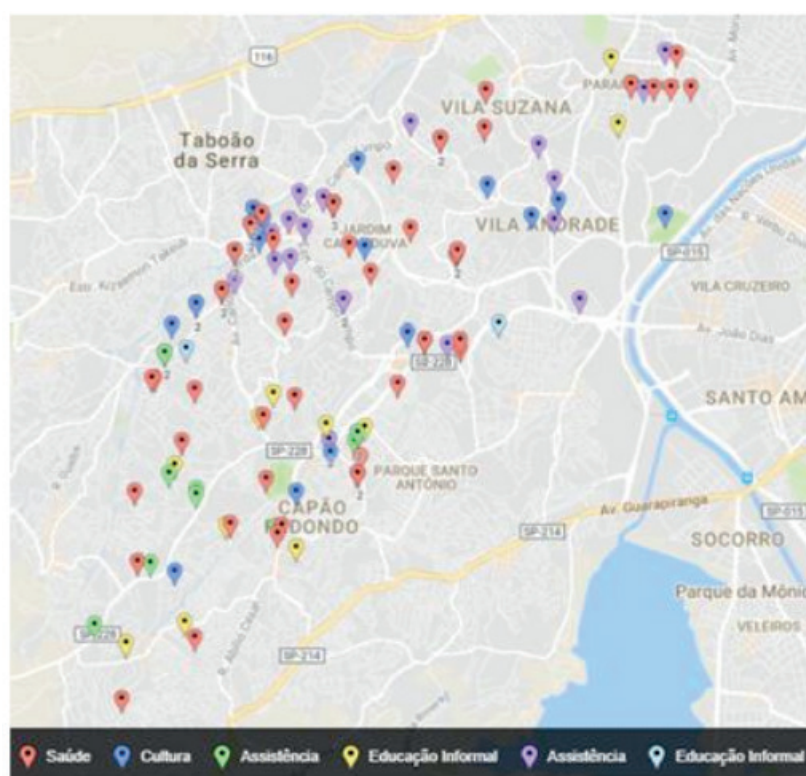


Figura 2 - Mapa das instituições – áreas de atuação

Fonte: site BatchGeo

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas 114 instituições, sendo 49 da área de Saúde, 18 de Educação informal, 18 da área cultural e 29 de Assistência. De acordo com dados do IBGE (2010), Capão Redondo tem 268.729 habitantes. Em seguida o Campo Limpo com

211.361 e Vila Andrade com 127.015 moradores. Considerando a distribuição dos equipamentos, a maior concentração de instituições encontra-se no distrito do Campo Limpo. A região do Capão Redondo, sendo mais populosa tem menor cobertura. A Vila Andrade, apesar de ser o menor território, se encontra em defasagem de instituições. Logo, os usuários ficam restritos às ofertas do território, devido à pouca quantidade de ações em regiões marginalizadas pelo poder público.

O mapeamento possibilitou maior aproximação com as ações do território e visibilizou espaços de trocas de serviços e saberes. Este trabalho pode contribuir para a construção de políticas públicas mais equitativas e ampliar a discussão sobre a importância de conhecer o território e suas demandas. Espera-se contribuir para o aprimoramento da atuação da RAPS na região do Campo Limpo, fomentando a construção de parcerias no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p.2.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito da promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15 – 38.

SACARDO, D.P.; GONÇALVES, C.C.M.; ANDRADE, E.A. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. 2º ed. São Paulo: Hucitec: Cepedoc, 2014

SICOLI, J; NASCIMENTO, P. R. **Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu: vol. 7 n.12: p.101 – 122, fev. 2003.

WESTPHAL, M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: SOUZA, G. W. al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p 635 – 667.

WHO **The Ottawa Charter for Health Promotion** - First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 in <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

DEMANDAS POR DIREITOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

Inês Terezinha Pastório

Mestre e Doutoranda em Desenvolvimento Rural Sustentável - DRS, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus de Marechal Cândido Rondon. Assistente Social no CAPS II Toledo – PR, Pesquisadora do Grupo GEPPAS/UNIOESTE/CNPq e do grupo Interdisciplinar e Interinstitucional de Pesquisa e Extensão em Desenvolvimento Sustentável (UNIOESTE).

Marli Renate von Borstel Roesler

Doutora em Serviço Social (PUC-SP) e Pós-Doutora em Meio Ambiente e Desenvolvimento (UFPR). Professora do Curso de Graduação em Serviço Social e dos Programas de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável (M/D), Serviço Social (M) e de Ciências Ambientais (M), da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Líder Pesquisadora do Grupo GEPPAS/UNIOESTE/CNPq.

RESUMO: Este trabalho foi apresentado originalmente no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, com o título Saúde Mental e o Acesso aos Serviços Públicos de Saúde Mental sendo ampliado para esta publicação. É o resultado preliminar do estudo bibliográfico referente à proposta de pesquisa de doutorado, a qual será desenvolvida nos municípios de abrangência da 20ª Regional de Saúde do Estado

do Paraná. Incluirá no seu desenvolvimento pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, acima de dezoito anos de idade, residentes no meio rural e que acessam a política pública de saúde e os serviços de saúde ofertados por essa política, dentre eles, o de atendimento à saúde mental como direito à saúde. Na sociedade atual, há uma acentuada negação e, conseqüentemente, violação dos direitos humanos fundamentais, dentre os quais a saúde como condição indispensável para usufruir e exercer os outros direitos humanos que levem à condição de uma vida digna.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Políticas públicas; Acesso aos serviços.

DEMANDS FOR RIGHTS AND ACCESS TO PUBLIC SERVICES OF MENTAL HEALTH

ABSTRACT: This paper originally presented at the 6th Brazilian Congress of Mental Health, with the title Mental Health and Access to Public Mental Health Services, being expanded for this publication. Is the preliminary result of the bibliographic study, referring to the proposal of doctoral research, which will be developed in the municipalities covered by the 20th Regional Health of the State of Paraná. It will include in its development people with severe and persistent mental disorders, eighteen-year-olds or older, living in rural areas and accessing public health

policy and health services offered by this policy, among them, mental health care as a right to health. In today's society there is a marked denial and, consequently, violation of fundamental human rights, among them health as an indispensable condition to enjoy and practice other human rights that leads to living a dignified life.

KEYWORDS: Mental health; Public policy; Access to services.

1 | INTRODUÇÃO

Quando pensamos em direitos nos espaços sociais, precisamos pensar também em desenvolvimento daqueles em termos econômicos, socioculturais, estruturais, políticos e nas condições de oferecer à população alvo o acesso a estes direitos de forma gratuita e continuada via serviços públicos. Mas, quando nos remetemos à necessária garantia dos direitos das pessoas que vivem no meio rural, via acesso a recursos e serviços das políticas públicas, que implicam oportunizar melhores condições de vida e sustentabilidade no meio rural, pode-se avaliar, sob o ponto de vista de estudos, pesquisas e práticas institucionalizadas, que é frágil e desigual no que tange às demandas postas de condição de vida. Observam-se indicativos agravantes de pobreza da população rural, dos pequenos produtores, que passam a usufruir em menor parcela da riqueza gerada regional, nacional e mundialmente, dificultando ou impedindo a promoção do direito ao desenvolvimento e a sustentabilidade almejada. (PASTÓRIO; ROESLER, 2018)

O espaço rural no Brasil, ao longo dos anos, tem sido um espaço com pouca visibilidade em relação às políticas públicas destinadas a esse contexto e à população ali residente. Dessas políticas, a grande maioria destina-se à questão da propriedade da terra e formas de financiamento para safra e/ou equipamentos agrícolas. Destaca-se que, no campo, o meio de vida é diferenciado do urbano uma vez que o acesso a bens essenciais e a serviços, como educação e saúde, bem como o cotidiano de trabalho no meio rural tem uma organização única e não podem ser pensados na perspectiva do urbano para que tenha eficácia. (PERES, 2009).

Para Cohn(1991), os ambientes rurais e urbanos são diferentes locais de ação do homem. Desse modo, as diferenças no cotidiano de vida e trabalho são evidentes e, portanto, muitas vezes, existem desigualdades nas demandas e também na oferta de políticas públicas, ficando outras políticas ainda mais afastadas do contexto rural e da população ali fixada. Assim, a lógica que rege o atendimento a esta população precisa ser aquela que parte das necessidades e nível de desenvolvimento sócio, histórico, cultural e estrutural existente naquele espaço, ou seja, das necessidades básicas apresentadas, permitindo que sejam sanadas, e que se possa ter a participação ativa da população do meio rural para elencar as prioridades. (PERES, 2009).

Sposati (2003), ao realizar uma análise em relação às políticas sociais, traz em suas ponderações que existem desigualdades nas demandas, as quais se mostram mais urbanas do que rurais. Nesse sentido, existe a necessidade de se repensar a

equidade entre o urbano e o rural, fazendo com que as desigualdades e inúmeras dificuldades que a população rural tem para acessar os serviços ofertados pelas políticas públicas sejam superadas, principalmente em relação ao atendimento em saúde mental haja vista que as pessoas do meio rural também sofrem com essa mazela e necessitam acompanhamento especializado na área.

No Brasil, as políticas públicas voltadas para o meio rural não contam com um sistema de análise investigativa a fim de acompanhar se os trabalhos dedicados a esta parcela da população brasileira são realizados a contento, dentro do que determina a lei. Quando nos remetemos a serviços das políticas públicas como saúde, muitas vezes, se e quando chegam até o meio rural, não tem a qualidade e eficácia necessária para esta população, levando-a a se deslocar para a sede dos municípios para o atendimento ou pelo menos aos atendimentos especializados.

2 | O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

De acordo com Fleury e Ouverney (2009) apud Siqueira (2011, p. 35), supunha-se quando se criou o SUS, que esse sistema de saúde poderia minimizar as desigualdades, uma vez que se configurava como instituição que traria a igualdade de acesso aos serviços de saúde. Contudo, ainda hoje, lutamos para alcançar a almejada igualdade de acesso, pois ainda temos dificuldades em relação à distribuição dos recursos minimamente essenciais para prover o acesso igualitário aos serviços de saúde, ou seja, os recursos ainda não destinados de acordo com a região, respeitando diferenças regionais e territoriais, dificultando o acesso de parcelas significativas da população aos serviços de saúde.

Os dados do Censo Demográfico de 2010 mostram uma população brasileira de aproximadamente 190 milhões, sendo, deste total, 160.925.792 de pessoas na urbana e 29.830.007 na zona rural (IBGE, 2011). Esses dados postos nos fazem ponderar que, numa população desta magnitude, muitas pessoas não chegam nem mesmo a ter acesso aos atendimentos básicos ou de atenção primária à saúde – considerados os primeiros atendimentos e a porta de entrada para as demais especialidades – quanto mais ao atendimento em saúde mental, seja em ambulatório de saúde mental seja em Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades.

Acesso, segundo o dicionário online de português, pode significar “Chegada ou entrada; ação ou oportunidade de entrar ou de sair”. Como sinônimos, o mesmo dicionário remete à “aproximação, chegada, entrada, passagem, ingresso.” Segundo Cohn (1991, p. 67), o acesso “do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços – é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários [...] a oferta produz a demanda.”

Fleury e Giovanella (1995, p.189), em relação ao conceito de acesso aos serviços de saúde, normalmente utilizam Conceitualização de acessibilidade realizada por Frenk (1985), que, por sua vez, se pautou em Donabedian para tal. Dessa forma, a

definição, “além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso, que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais.” Assim, segundo Frenk, (1985) apud Fleury e Giovanella (1995, p.189), “acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção”. Ainda se utilizando de Frenk (1985, p. 441) para definição do conceito, Fleury e Giovanella (1995, p.189) trazem que

Nesse sentido, seria necessário avaliar a disponibilidade de recursos de saúde e sua capacidade para produzir serviços; as resistências do serviço, isto é, o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção, originadas nos serviços (o que resultaria na identificação de uma disponibilidade efetiva); e, finalmente, o conjunto de características da população que permitem a esta buscar e obter a atenção poder de utilização.

Para Penchanski e Thomas (1987, p.27) apud Fleury e Giovanella (1995, p.189), “acesso é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidado de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade, [...]”.

Quando pensamos o acesso na área da saúde, pensamos na aproximação e, principalmente, na entrada do usuário aos serviços de saúde.

O texto constitucional, em seu Art. 196. (BRASIL, 1988, p.118), afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Isso garantido pelo princípio da universalização. Contudo, esse princípio acaba por não ser cumprido em sua integralidade, pois ainda há parcelas da população que não conseguem acessar os serviços básicos de saúde, ou pelo menos não quando necessário, quer seja para atendimento na perspectiva de tratamento ou na de prevenção a agravos da saúde. Muitas vezes, esse não acesso ocorre devido à distância da residência em relação às unidades de saúde ou hospitais, enfim aos serviços de saúde.

Entretanto, há que se levar em conta que, nas regiões do país, devido a particularidades geográficas, demográficas e culturais inclusive, e segundo Cohn (1991, p. 68), “dadas as desigualdades em que se desdobram a qualidade de vida nas diferentes regiões do país [...], o critério de acesso faz parte intrínseca do modelo paradigmático da regionalização e hierarquização do binômio demanda/atendimento, prevalecendo no ideário da saúde pública, introduzido no país nos anos 20. [...]”, conforme está previsto e garantido na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015)

COHN (1991, p. 67) destaca que “‘igualdade de acesso para necessidades iguais’ é um princípio técnico que, à primeira vista, depende do provimento de condições estruturais – planos, recursos, serviços – que por si só regulariam a demanda e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde pela população”.

Contudo, ainda há regiões onde o acesso aos serviços de saúde e a utilização destes não ocorrem de forma tranquila, devido a dificuldades como malhas viárias com problemas, ainda sem manta asfáltica, dificuldades de transportes público e/ou privado, exigindo longas caminhadas até o serviço de saúde, dentre outras dificuldades encontradas, para o acesso aos equipamentos e serviços na área de saúde. Essa realidade demonstra que planos, recursos e serviços ainda não dão conta de regularizar a demanda e a utilização dos serviços em saúde.

Nesse sentido, observa-se que o acesso aos serviços de saúde precisa ser garantido e/ou facilitado, principalmente, pelo Estado por meios de suas políticas, de forma a assegurar a inserção do usuário nos serviços, bem como garantir cuidados subsequentes, necessários à promoção da saúde e à resolutividade das questões apresentadas pelo cidadão, no ingresso ao serviço.

No Brasil, o direito ao acesso à saúde está previsto na Constituição de 1988, e, segundo Cohn (1991, p. 67), “as políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.” Para tanto, se faz necessário observar a distância entre a residência e o local onde o serviço é ofertado para a destinação do recurso e ampliação da rede de serviços. Dessa forma garantindo a universalização no atendimento em saúde via SUS, ou seja, garantindo e permitindo o acesso e a equidade, atingindo um dos objetivos desse sistema: a equalização dos serviços de saúde, oportunizando o igual acesso a todos, contudo, respeitando suas diferenças e sanando as necessidades em suas especificidades, priorizando-se os que mais necessitam, uma vez que a equidade prevê o atendimento desigual para que todos cheguem ao patamar de igualdade no atendimento independentemente de grupos e classes sociais, interrompendo as distinções no atendimento à saúde.

O SUS representa, com certeza, um avanço no que tange à saúde e atendimento em saúde à população em relação a sistemas anteriores que se restringiam à parcela da sociedade, que contribuía em sistemas específicos de saúde, contudo, ainda não cumpre de forma plena suas funções de universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

No caso das pessoas com transtorno mental, que têm dificuldades de acesso às novas modalidades de atendimento à saúde mental, implantadas pós-reforma psiquiátrica e da instituição da Lei 10.216/01, conquistadas pelas lutas sociais, cessando

o atendimento no formato de internação permanente em hospitais psiquiátricos, criaram-se espaços para atendimento extra-hospitalar, denominados Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, os quais atendem essas demandas e demais pessoas que necessitam de atendimento especializado em saúde mental, com a finalidade de reinserção sociofamiliar, empoderando-as para o exercício de cidadania e acesso aos serviços públicos em saúde e saúde mental.

Todavia, esses serviços não são disponibilizados em todos os municípios, uma vez que a portaria de criação dos CAPS prevê um número mínimo de habitantes por município para que se instituam esses espaços com incentivo do governo federal, dificultando a instalação destes em municípios de pequeno porte, e, mesmo recebendo recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, a implantação e a manutenção desses equipamentos são difíceis aos municípios e estão centradas na região urbana.

A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, garantindo, em seu Art. 1º, que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental:

[...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001, p.1).

Essa lei prevê ainda que as pessoas com transtorno mental tenham “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, podendo ser em nível ambulatorial ou em centros de atenção psicossocial ou mesmo, quando necessário, internamento em hospitais psiquiátricos, não especificando ou diferenciando entre espaço rural e urbano, embora uma das diretrizes para a saúde contemple o “reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2010, p.19).

Esse acesso garante direitos sociais e direitos humanos como a vida em condições de dignidade humana, e, para Santos (2013, p.42), os Direitos Humanos são a linguagem de dignidade humana e que hoje é “incontestável que a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos”, contudo, todos são “objetos de discurso de direitos humanos”. É, portanto, necessário que se questione sobre o fato de se os direitos humanos servem eficazmente à luta dos excluídos dos explorados ou dos discriminados ou se estes direitos a tornam ainda mais difícil, não chegando realmente a colocá-los como sujeitos de direitos, no sentido de poder de procura de direitos e, principalmente, de cuidados em saúde mental e utilização dos serviços públicos especializados.

Segundo Fleury e Ouverney (2009, p.1), “ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das conseqüências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos.”,

cidadãos de direitos e que precisam, minimamente, ser acolhidos e inseridos nos serviços de atenção primária à saúde para, a partir desse atendimento, acessar os serviços especializados.

O acesso ao atendimento em saúde deveria acontecer para toda a população que demandar de qualquer tipo de atendimento, contudo, muitas vezes, esse acesso não é possível, e, para que aconteça respeitando-se os princípios do SUS, se faz necessário que o desenvolvimento socioeconômico, educacional, social, de infraestrutura, etc., sejam viabilizados e garantidos por meio de políticas sociais públicas e seus respectivos programas, projetos e ações cotidianas junto à população.

Trazendo à análise e relacionando aos transtornos mentais, Paz de Lima (2014, p. 54) afirma que estes afetam “[...] pessoas de todos os países e sociedades, bem como indivíduos em todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, em ambientes urbanos e rurais”. Esse autor afirma ainda que “as doenças mentais não têm recebido a mesma importância despendida à saúde física, principalmente, quando se trata dos países em desenvolvimento.” Mesmo havendo a política de saúde mental, ainda assim, muitas pessoas ficam à margem do acesso aos serviços em saúde mental, sendo primordial que a população do meio rural consiga sanar suas demandas via acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS, que, como afirma Borysow e Furtado (2013, p.35), “estabelece como diretriz a equidade, de modo a garantir que o acesso aos serviços contemple as diferenças e desigualdades econômica, social, cultural e de gênero.”

A chamada lei do SUS - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Ministério da Saúde (Brasil, 1990), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo esta um direito fundamental do ser humano. Apresenta três princípios básicos que fundamentam a prática dentro do âmbito da Saúde Pública: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; e a equidade da assistência, sem preconceitos ou privilégios (BÖING; CREPALDI, 2010).

Contudo, a política de saúde, de modo geral, tem dificuldades para garantir o acesso e equidade no atendimento, via rede de atenção à saúde básica e especializada, e, na área de atenção à saúde mental, os serviços têm ainda mais dificuldades para serem equânimes devido ao alto custo. Assim, se dificulta a garantia da descentralização e a universalidade do atendimento previsto na Constituição Federal de 1988. Reforçam-se, assim, as desigualdades na oferta aos serviços em saúde mental, bem como as desigualdades no contexto rural.

Esses serviços não são disponibilizados em todos os municípios, e, naqueles em que são e mesmo recebendo recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, a implantação e a manutenção se tornam difíceis aos municípios. Todavia, quando se consideram pessoas com transtornos mentais residentes no meio rural e o seu acesso aos serviços de saúde pública, incluindo o atendimento à saúde mental como direito,

observa-se uma disparidade na oferta desses serviços entre a área urbana e rural.

Entre as dificuldades para o acesso ao tratamento especializado em saúde mental enfrentadas pela população que se apresenta no contexto rural destaca-se o transporte coletivo, que, normalmente, não chega às propriedades, exigindo a locomoção até as paradas nas estradas principais, percurso, geralmente, normalmente realizado a pé. Quando o transporte passa nas localidades, normalmente tem custo.

O acesso ao transporte individual também não acontece, pois o agricultor familiar acaba não tendo recursos ou acesso a linhas de créditos que poderiam facilitar a aquisição de veículo. Há novamente privação de liberdades, configurando-se no que o autor Sen (2000, p. 18) aborda em seu texto: “a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e econômica da comunidade.”

Como agravante, quando se considera pessoas com transtornos mentais, residentes no meio rural, e o seu acesso aos serviços de saúde pública, incluindo o atendimento à saúde mental como direito, se observa uma desigualdade entre zona urbana e rural na oferta e acesso a esses serviços.

As políticas públicas voltadas para o meio rural, em nosso país, não contam com um sistema de análise investigativa a fim de acompanhar se os trabalhos dedicados a essa parcela da população brasileira são realizados a contento, de acordo com o que determina a lei. Existem desigualdades nas demandas na área da saúde e a dificuldade no acesso das pessoas residentes no meio rural aos serviços é notória em função do transporte coletivo, tanto em relação ao custo quanto ao tempo envolvido para realizar este transporte, pois, muitas vezes o ônibus passa em um único horário do dia com destino à região urbana e retorna apenas no final da tarde para a região rural, além da questão da precariedade das estradas, o que também pode ser considerada uma dificuldade de acesso aos atendimentos em saúde e saúde mental. (PASTORIO; ROESLER, 2018)

A equidade de trato entre territórios com características rurais e urbanas não está construída ou se apresenta de forma ainda frágil, precisando, segundo (PERES, 2009), um olhar direcionado às suas necessidades e especificidades no intuito de conhecer a população rural, suas representações, expectativas, necessidades/demandas dessa população e suas especificidades, para facilitar e universalizar o acesso aos serviços das políticas públicas, principalmente de saúde mental, face à dificuldade dessas pessoas.

3 | CONSIDERAÇÕES

Fica evidente a dificuldade das pessoas com transtorno mental residentes no meio rural no acesso aos serviços públicos especializados em saúde mental. Compromete-se, assim, a universalidade e equidade nos atendimentos a essa especialidade às

peças residentes no meio rural, que, além da dificuldade da descentralização dos serviços, enfrentam dificuldade de deslocamento até os locais onde é ofertado o atendimento especializado, normalmente na sede do município ou, como é a realidade de muitos municípios, em outros municípios, exigindo o deslocamento de seus munícipes a outros municípios da região, para terem sanada sua demanda por serviços especializados em saúde mental, evidenciando-se a dificuldades de acesso ao atendimento em saúde mental.

A existência de desigualdades nas demandas na área da saúde e a dificuldade no acesso das pessoas residentes no meio rural aos serviços são evidentes, assim como a equidade de fato entre territórios com características rurais e urbanas não está construída. Para tanto, é necessário que as políticas públicas consigam desenvolver estratégias, preferencialmente interdisciplinares, que viabilizem o conhecimento acerca do homem rural, suas necessidades e especificidades para, assim, garantir o acesso às políticas públicas e universalizar o acesso aos serviços, por meio de planejamento eficaz e implantação de programas e projetos governamentais, principalmente, de saúde mental, face à dificuldade dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

BÖING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. **O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras.** *In* Revista PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2010, 30 (3), 634-649. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf> . Acesso: 05 de maio 2019.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. **Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [1]: 33-50, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2013.v23n1/33-50>. Acesso: 13 de maio de 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf Acesso: 30 de abril de 2019.

BRASIL. **Lei 10.216/2001 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso 29 de abril de 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso: 05 de maio. 2019.

COHN, Amélia, et al. **A Saúde como direito e como Serviço.** São Paulo : Cortez, 1991.

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a diferença:** da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva/Manuel Desviat; coordenação Paulo Amarante; tradução Marta Donila Claudino.-1. Ed. São Paulo: Zogodoni, 2018.

Dicio, Dicionário **online de português**. <https://www.dicio.com.br/acesso/>. Acesso: 30 de abril de 2019.

DIMENSTEIN, Magda, Org. e outros (2016). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. Magda Dimenstein, Jader Leite, João Paulo Macedo, Candida Dantas. São Paulo: Intermeios: Brasília: CNPq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; FAPEPI/CNPQ/ UFPI; FAPEPI, 2016.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social: políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. p.23-64.

GIOVANELLA, Lígia e FLEURY, Sonia. **Universalidade da atenção à saúde**: acesso como categoria de análise. In. EIBENSCHUTZ, Catalina (org). Política de Saúde: O público e o privado/Organizado por Catalina Einbenschutz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000237>>. Acesso 30 de abril de 2019.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima. Et al. **A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(8):1698-1708, Agosto, 2015.

PASTÓRIO, I. T.; Roesler, M.R. v. Borstel. **Saúde Mental e o Acesso aos Serviços Públicos de Saúde Mental**. Anais do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Brasília – DF. 2018. Disponível em: <http://www.congresso2018.abrasme.org.br/site/anaiscomplementares2?AREA=5>. Acesso. 10 de maio de 2019.

PAZ DE LIMA, Paulo Junior. **Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais**/Paulo Junior Paz de Lima. - Campinas, SP: [s.n], 2014. Disponível em: <http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima_PauloJunior_D.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2019.

PERES, Frederico. **Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(6):1995-2004, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/07.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**/ Boaventura de Souza santos, Marilena Chauí. São Paulo: Cortez, 2013.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução Laura Teixeira Mota. Revisão técnica de Ricardo Doniselli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIQUEIRA, Natália Leão. **Desigualdade Social e Acesso à Saúde no Brasil**. Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/graduacaocienciasociais/files/2010/11/DESIGUALDADE-SOCIAL-E-ACESSO-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL-Nat%C3%A1lia-Le%C3%A3o-Siqueira.pdf>. Acesso 30 de abril de 2019.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. **Assistência nas trajetórias das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ESTUPRO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO COTIDIANO DA MULHER

Angela Pires da Silva

Centro Universitário IESB – Brasília, DF.

**RAPE AND SUICIDE: SEXUAL VIOLENCE
IMPACT IN THE WOMAN'S DAILY LIFE**

RESUMO: O trabalho busca delimitar o público alvo apenas para mulheres estupradas e que tiveram ideações ou tentativas suicidas e tem por objetivo avaliar o impacto de um estupro na vida da mulher e como esse estupro resultou em tentativas suicidas. A relação feita entre o estupro e o suicídio é ampliada por outros fatores que giram em torno dos motivos para as tentativas de suicídio não buscando delimitar o estupro como fator crucial, mas sim como um dos fatores principais. Um fator bem característico envolvido nessa relação é a depressão onde foi percebido, na maioria dos casos, um tripé entre estupro-depressão-tentativa suicida. Ao decorrer do trabalho será discutido um pouco sobre a violência sexual e o suicídio de forma geral e algumas especificações da relação entre os dois fatores aqui delimitados. A metodologia do trabalho gira em torno de entrevistas realizadas com os terapeutas dessas mulheres onde foi possível verificar também a evolução terapêutica e a melhora das pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: violência sexual, estupro, depressão, suicídio, tentativa suicida.

ABSTRACT: The work seeks to delineate the target audience only for raped women who have suicidal ideations or attempts and aims to evaluate the impact of rape on a woman's life and how that rape resulted in suicide attempts. The relationship between rape and suicide is amplified by other factors that surround the motives for suicide attempts not seeking to delimit rape as a crucial factor but rather as one the main factors. A very characteristic factor involved in this relationship is depression where, in most cases, a tripod between rape-depression and suicide attempt has been perceived. Through the work will be discussed a few things about sexual violence and suicide in general and some specifications of the relation between the two factors here delimited. The work's method is based on interviews with the therapists of those women where it was possible to verify their therapeutic evolution and patient's improvement.

KEYWORDS: sexual violence, rape, depression, suicide, suicide attempt.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Azevedo e Guerra (1998, *apud* Florentino, 2015, p.139), a violência sexual é o

ato sexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente tendo a finalidade de estimular sexualmente a vítima ou ter estimulação sexual do agressor. Para Amazarray e Koller (1998), o agressor normalmente vê a vítima, como um objeto e não como ser humano. Este termo, violência sexual, é utilizado de forma geral para qualquer atividade sexual ou tentativa de ato sexual sem o consentimento da vítima. Segundo Heise (1994, *apud* Giffin. 1994), 60 a 78% das vítimas conheciam o agressor antes do ato.

Segundo Faúndes *et al* (2006), as prováveis consequências da violência sexual para as mulheres são: trauma físico genital ou de outras partes do corpo; lesões genitais; gravidez não desejada; risco de adquirir uma DST; consequências psicológicas variadas; e alterações menstruais.

As consequências da violência sexual são complexas e diversas, sendo que cada indivíduo vai ser impactado de forma diferente e única. Habigzang *et al* (2006, *apud* Espindola & Batista 2013) citam alguns prejuízos mais frequentes como quadros de depressão, hiperatividade, déficit de atenção e alguns outros transtornos. Todo o contexto em que a vítima está inserida vai influenciar em como a violência sexual vai impactar a sua vida. Para Saunders, Berliner e Hanson (2004, *apud* Espindola & Batista, 2013, p.599), garantir um ambiente seguro para a vítima é o primeiro planejamento após a violência. O sujeito precisa se sentir seguro e protegido.

Segundo Barum (2012), o coito forçado já foi considerado, por alguns pesquisadores, como “uma prática inerente ao ser humano” (p. 4). Com o tempo, a psicologia vai tendo vários avanços e ganhando força em meio a sociedade e o estupro passa a ser visto como doença, personalidade e depois como desvio de comportamento (Coulouris 2004).

Para Coons *et al* (1990, *apud* Amazarray e Koller 1998), o estupro se diferencia da violência sexual por ser apenas o ato consumado e não considerar as tentativas de violência. Coulouris (2004) e Sudário, Almeida e Jorge (2005) trazem a ideia de que o estuprador, assim como a vítima, não tem cor, raça, classe social ou sexo, ou seja, não podemos traçar um perfil para estuprador e vítima, qualquer indivíduo tem potencial para ser.

Segundo Oliveira, (2000, *apud* Sudário *et al*, 2005), baseado nos dados da Organização das Nações Unidas, “um quarto de todas as mulheres são estupradas pelo menos uma vez na vida” (p.80). A cada ano, cerca de 12 milhões de mulheres no mundo são vítimas de estupro sendo um número variado de acordo com cada região pesquisada. (Drezett, 2002, *apud* Sudário *et al*, 2005, p.81).

Uma das consequências que o estupro pode trazer é, segundo Giffin (1994), o suicídio sendo que “uma revisão de estudos nos Estados Unidos conclui que o abuso é fator condicionante de 35% das tentativas de suicídio de mulheres norte-americanas” (p. 148).

Segundo Durkheim (2007), a sociedade distorce a palavra suicídio do seu verdadeiro significado, fazem uma interpretação simples do que ocorre dentro de todo

um contexto de suicídio e o classifica como se fosse sempre a mesma situação no mesmo contexto.

A principal característica do suicídio, segundo Durkheim (2007), é que este ato é cometido pela própria vítima de forma mediata ou imediata, realizado com ou sem violência a partir de várias naturezas. O sujeito que decide se matar sabe das consequências deste ato, sabe que vai perder “o mais precioso dos seus bens” (p.22), por isso é uma decisão muito difícil e ela só ocorre depois de muito pensar sobre as situações que se está vivenciando. Assim, Durkheim (2007) vai definir o suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado” (p. 23).

De acordo com Marín-León e Barros (2003), inúmeros são os motivos que podem levar um indivíduo a querer tirar a própria vida. As consequências deste ato também são diversas. Segundo Barum (2012), todos aqueles que estão em volta da vítima terão que suportar as consequências do suicídio.

De acordo com Durkheim (2007), cada grupo social tem uma tendência específica para o suicídio que não se explica nem por natureza física e nem psíquica, o que nos leva a determinar que o maior meio responsável pelas taxas de suicídio é o meio social já que cada suicídio tem suas características individuais pelo fato de que cada indivíduo construiu uma história de aprendizagem cultural.

Se for realmente preciso determinar uma causa geral para o suicídio, Durkheim (2007) traz os reflexos como “a verdadeira causa determinante dos suicídios” (p. 149), ou seja, após todas as tentativas de solucionar os problemas e após a decisão do suicídio, o reflexo para cometer o ato é o determinante para que o suicídio realmente ocorra. Este fator não elimina as outras milhares de possíveis causas que o indivíduo pode ter para decidir cometer o suicídio, mas é o ápice para que o ato suicida seja consumado.

A história do “Suicídio de Lucrecia”, descrita por Nascimento e Zucolo (2016), nos apresenta uma das ligações que pode ocorrer entre um abuso sexual e o suicídio. Lucrecia era uma mulher considerada virtuosa, pois estava sempre a disposição de seu marido mesmo quando este não estava presente quando as outras esposas estavam em festas. Seu marido, Colatino, orgulhoso de sua esposa, resolve mostrar aos seus amigos o quanto Lucrecia era diferente. Um dos amigos de Colatino, admirado e sem resistir a pureza exemplar de Lucrecia, resolve estuprá-la. Após este ato, Lucrecia convoca seu pai e seu marido a sua casa, conta toda a situação que sofrera, pede que o culpado seja punido e se suicida cravando um punhal em seu peito.

Diante dessa história, Nascimento e Zucolo (2016) mostram duas mortes que aconteceram neste mesmo suicídio, a morte da mulher virtuosa que estava sempre a disposição do marido e se encaixava perfeitamente nos padrões sociais; e a morte como uma libertação deste padrão social que prendia Lucrecia em casa e de todos os problemas que aquele estupro poderia lhe trazer, como a vergonha e a impotência

que não poderiam ser expressadas já que a mulher não tinha voz na época. Lucrécia encontra no suicídio, a solução para o seu sofrimento, o fato de ser fiel ao marido não a protegeu do estupro, não a protegeu das intenções do estuprador, se adaptar aos padrões culturais de sua época não a livrou do sofrimento e da vergonha de ser estuprada.

Neste caso citado, alguns autores, como Barum (2012) e Vieira (2012), trazem fatores indicados como possíveis causas do suicídio ocasionado, principalmente, pelo estupro. Lucrécia sentia vergonha do que ocorrera com ela até que foi por isso que se matou julgando ser impossível viver sendo que seu corpo tinha sido violado, valor este que a sociedade em que ela vivia tratava como algo essencial para uma mulher boa. Ela também sente dor, culpa e arrependimento, tudo isso porque se preocupava com o que seus pais e a sociedade iam pensar dela e buscando escapar dos julgamentos, da culpa de ter participado de algo que acreditava ser tão errado, ela encontra no suicídio, a melhor opção para se livrar do sofrimento. De acordo com Barum (2012), para tentar se livrar da culpa em relação ao estupro, ela diz que apenas seu corpo foi violado, mas sua alma não, e por causa disso vai tirar a própria vida para não ter que sofrer as consequências de um corpo violado.

O objetivo deste artigo é avaliar o impacto de um estupro no cotidiano de quatro mulheres que tiveram ideação suicida ou tentaram o suicídio e em algum momento da sua história de vida procuraram ajuda psicoterápica.

2 | METODOLOGIA

Participantes

O estudo foi realizado com quatro (4) psicólogos clínicos sendo uma (1) mulher e três (3) homens que trataram, em algum momento de suas carreiras, alguma paciente que sofreu estupro e obteve ideações suicidas ou tentou o suicídio.

Local

As entrevistas realizadas ocorreram em espaços abertos informais escolhidos pelos participantes sem nenhuma interferência de terceiros mantendo o sigilo.

Instrumentos

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada para cada psicólogo, um gravador e uma caneta para anotações da autora.

Aspectos Éticos

Foram elaboradas duas vias de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinadas pela autora e pelo psicólogo ficando uma via com o psicólogo e

outra anexada neste artigo.

Procedimentos

As entrevistas foram aplicadas separadamente em cada psicólogo. Foi explicado inicialmente para cada psicólogo que todo o sigilo seria mantido para com ele e também para com o sujeito estudado sendo que eles poderiam recusar-se a informar qualquer tipo de informação caso considerassem que essas informações fossem prejudicar o sigilo. O objetivo do artigo foi explicado de forma rápida para que a entrevista decorresse de acordo com o mesmo. Foi pedida a autorização para que a entrevista fosse gravada e todos os psicólogos permitiram a gravação.

Após as aplicações foram desenvolvidos resultados de acordo com a análise de Bardin (análise de conteúdo) que visa dividir os dados em categorias para melhor compreensão dos resultados e também cita amostras idênticas da entrevista.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Cada indivíduo é único e sofre de forma subjetiva. Não é possível saber exatamente qual será o efeito de uma violência na vida de alguém antes desta mesma ocorrer. Ao longo da pesquisa foi possível perceber essas diferenças. Mesmo com o mesmo tipo de violência, mesmo todos os pacientes tendo ideias suicidas, cada história é única. Serão abordadas aqui algumas hipóteses do que pode ocorrer com um indivíduo após sofrer uma violência sexual, mas sem definir estas características como determinantes e muito menos excluindo outras que possam existir em outros casos.

Aspectos Comportamentais

A depressão é uma psicopatologia que se faz bastante presente quando se trata da relação com o suicídio. Segundo pesquisas citadas por Chachamovich *et al* (2009), a depressão é a principal doença associada ao suicídio. Segundo Habigzang *et. al.* (2006), a depressão é um dos diversos transtornos que pode redundar de um estupro. Este tripé entre estupro, depressão e suicídio se fez presente em dois dos casos abordados neste artigo onde houve um estupro que de alguma forma resultou em algum grau depressivo e que de alguma forma, correlacionado com outros fatores, resultou em ideias suicidas e até tentativas de suicídio. Nos outros dois casos onde não houve diagnóstico de depressão tiveram relatos de sintomas da doença.

Em um dos casos relatados, a paciente estava com depressão crônica, sua queixa inicial, que segundo a *Entrevistada A*, começou a partir de um trauma de abusos sofridos na infância.

“Eu sentia que não era só a depressão, em casos crônicos sempre tem, pode estar envolvido um fator, um trauma, alguma outra coisa. Eu desconfiei que ela tivesse algo relacionado porque toda e qualquer fala dela [...] era muito contida em alguns assuntos.” *Entrevistada A*

Com Chachamovich *et.al.* também é possível confirmar que a dependência química pode aumentar a chance de mortes por suicídio. A paciente do *Entrevistado B* passou a construir um histórico de álcool e alguns eventos esporádicos de uso de drogas após os estupros relatados.

Eu-outro

Marín-León & Barros (2003) trazem alguns dos inúmeros motivos que podem levar um indivíduo ao suicídio. Um dos motivos apresentados pelos entrevistados, além do estupro e da depressão que teve bastante destaque, foi a rede social bastante enfraquecida dos indivíduos, alguns inclusive só tinham boa relação com um dos pais ao até com nenhum deles, o que fortaleceu a ideia de autoextermínio do indivíduo já que ele não via onde se apoiar emocionalmente. Sluzki (1997) fala sobre isso dizendo que quanto mais rica a rede social do sujeito, maior base ele tem para não se abalar com suas vulnerabilidades. Se a rede social está muito enfraquecida o risco de adoecimento mental é muito maior.

Ao entrar em contato diretamente com uma violência sexual, o indivíduo tem dificuldades de se relacionar posteriormente por medo que essa violência possa acontecer novamente. Essa dificuldade de estabelecer novas relações estáveis também se liga a dificuldades em ter contato corporal. Segundo as pesquisas realizadas por Souza (2013) em sua dissertação, o apoio familiar foi descrito como muito importante para essas situações de risco, já quando o apoio não é dado de forma saudável, os indivíduos podem até se sentir julgados pelo seu próprio meio social o que prejudica toda a recuperação.

A paciente da *Entrevistada A* fugiu de um país para outro na busca de uma mudança na sua dinâmica familiar já que o contexto em que ela vivia a fazia mal. Ao chegar no Brasil se deparou novamente com uma dinâmica familiar negativa já que não conseguiu estabelecer uma relação de proximidade com seu pai.

“Teoricamente ela veio para conhecer o pai, mas [...], também tentando fugir muito da dinâmica que era na casa dela.” *Entrevistada A*

A fuga da paciente faz parte do seu mecanismo de defesa natural onde o organismo cria o que Graeff (2003) chama de “reação de emergência”, onde o corpo se prepara para sair da situação que ele vê como perigosa.

Eu-eu

Mudar a forma de se vestir foi uma das maneiras que a paciente da *Entrevistada A* encontrou de tentar não ser desejada para que o estupro não voltasse a acontecer.

“A forma que ela viu para tentar lidar um pouco melhor era tentar se vestir de uma forma [...], que as pessoas não vissem de uma forma sexualizada, então ela começou a se vestir com roupas mais masculinas, com roupas mais folgadas.”
Entrevistada A

Um outro fator que pode estar relacionado com o estupro e com o suicídio, é a automutilação que é vista como uma forma de transferir a dor emocional tão difícil de suportar, para uma dor física.

“Esse conjunto de enredos, seja familiares seja das relações extensas, acabavam colocando ela numa crença muito profunda de menos valia [...], ao ponto de isso gerar tanta dor que ela falava não, quando eu me corto aquela dor fica tão maior que eu consigo dar conta das outras dores.” *Entrevistado B*

Aspectos Psicológicos

Muitos sentimentos rodeiam os indivíduos envolvidos nesta pesquisa como desânimo, desesperança, culpa, vergonha, medo de serem julgados, uma sensibilidade muito grande ao entrar em contato com a dor do estupro tendo choro, angústia e ansiedade presentes de forma significativa nestes relatos, entre vários outros. Segundo Souza (2013), muitos indivíduos têm dificuldades em falar sobre os sentimentos que têm diante do estupro. Há muita contradição nos relatos já que eles não costumam falar sobre, portanto é preciso conversar com esses indivíduos para que eles não se sintam mais culpados ou envergonhados por exemplo.

A maioria dos indivíduos em pesquisa não relatou para ninguém sobre as agressões até começarem o processo terapêutico e a única paciente que fez esse relato, não ficou satisfeita com a falta de reação da família e, inclusive, se sentiu julgada. Isso ocorre devido, justamente, ao medo das reações do outro. Segundo Pinto e Souto (2008), o silêncio das vítimas ocorre por vários motivos inclusive o sentimento de culpa e o medo do julgamento.

A falta de afeto que muitas famílias têm como característica no seu ambiente familiar, pode dificultar todo esse processo de recuperação do trauma do estupro. Harris & Molock (2000, *apud* Baptista, 2007, p. 498) “associaram o suporte familiar inadequado com ideação suicida e sintomatologia de depressão” o que confirma que a falta de afeto relacionada às consequências do estupro, tem chance de levar ao suicídio. No caso relatado pelo *Entrevistado B* foi possível analisar que o afeto que a paciente não tinha dentro de casa, ela encontrou nos estupradores que ganhavam a sua confiança e quando ela percebia, já estava em um contexto de violência.

“As relações eram muito insulares como se fossem ilhas, as pessoas não procuravam, não tinham espaço de convivência [...]. Essas pessoas que a violentaram sexualmente é como se de alguma forma, [...] eram pessoas que no primeiro momento tinham uma coisa de acolhimento, de reconhecer, de valorizar o que ela estava falando.” *Entrevistado B*

Um fator que chamou atenção na 2ª entrevista foi o fato de que a paciente tinha histórico familiar de suicídio, o que pode ter influenciado nas suas ideias suicidas pela forma que a família lidava com a situação em conjunto com outros fatores. Braga e Dell’Aglío (2013) confirmam que o histórico familiar de suicídio pode sim ser um fator motivacional para o suicídio.

Evolução terapêutica

Ao longo de cada entrevista foi possível identificar vários pontos importantes da vida de cada paciente e também o quanto a psicoterapia foi importante para a evolução de cada um.

No 2º caso abordado foi relatado um *insight* interessante da própria paciente que fez com que ela entendesse melhor uma parte da história dela. A paciente do *Entrevistado B* não tinha uma relação boa com o pai já que eles não mantinham muito contato principalmente afetivo. Quando houve um encontro com o psicólogo, a paciente e a família foi possível entender o porquê desse afastamento do pai principalmente em relação aos aniversários da filha por históricos de mortes no dia do nascimento da paciente e estas mortes afetavam muito o pai.

“A gente conseguiu mapear que tinha uma história de mortes na família que aconteciam mais ou menos na mesma data [...] Ela teve um *insight* porque quando a gente foi perguntar ‘quando é que aconteceram essas mortes?’ a gente viu que no dia do aniversário dela eram as datas, [...] e aí ela se deu conta que ela faz isso ‘agora eu entendi! Então quer dizer que os meus aniversários você tinha aquela postura, não tinha a ver comigo, não tem a ver comigo’, [...] então para ela foi muito importante, muito esclarecedor e isso abriu porta para ela não só reorganizar essa situação de uma crença que ela tinha construído de menos valia e ali ela começou a tocar questões como o relacionamento a dois [...]” *Entrevistado B*

Com a paciente do *Entrevistado C* houve uma evolução no âmbito relacional com o seu namorado já que ela não acreditava que ela o merecia por causa da falta de afeto.

“Você falou que ela namora, como que é a relação dela com ele?” *Autora*
“Agora está mais estável depois do processo terapêutico” *Entrevistado C*

Um fator interessante é que a terapia também pode, de alguma forma, melhorar aspectos corporais do indivíduo.

“Estava havendo ganhos relacionados a fibromialgia, ela relatou para mim que já fazia cinco anos de tratamento sobre o problema dela [...], acho que eu fui o quarto terapeuta dela e aí a gente começou a fazer alguns trabalhos de uma forma mais focada na questão da dor e isso foi tendo ganhos persistentes.” *Entrevistado D*

Aspectos Fisiológicos

De acordo com Batistoni *et al* (2007), a somatização é uma pista bastante válida para identificar indicadores de depressão. No caso abordado pela *Entrevistada A*, a somatização é uma espécie de identificação para as crises da paciente em que ela chega a pegar vários atestados para não trabalhar alegando, também, problemas de saúde.

“Ela somatiza muito no corpo também, então acaba que ela tem [...] N problemas [...], aí tem atestado quando ela tá mal mesmo psicologicamente, o psiquiatra dela também dá o atestado, [...] então ela fica afastada assim de muitas formas.”
Entrevistada A

De acordo com uma pesquisa feita por Filippon (2008), “em até um terço dos casos, a fibromialgia se desenvolve rapidamente após um trauma identificável” (p. 12), sendo o estupro um desses possíveis traumas. A paciente abordada pelo *Entrevistado D* trouxe como queixa inicial a fibromialgia.

“Aí teve um dia que ela falou assim ‘D, acho que você é um bruxo’, eu falei ‘por quais motivos eu sou um bruxo?’, ‘não sei como, mas tem dois meses que eu não sinto dor, não sei o que aconteceu que eu já tomei remédio a mais de cinco anos, e de dois meses para cá eu não sinto dor nenhuma’.” *Entrevistado D*

Crenças Nucleares

Uma crença nuclear marcante foi a da paciente do *Entrevistado C* relacionada a depressão de “eu sou sem valor”. Outros fatores podem se relacionar com essa crença como as profecias autorrealizáveis da paciente que acreditava tanto que seu relacionamento iria dar errado que isso tinha um impacto nas suas atitudes, afetando negativamente seu relacionamento.

Outra distorção foi do sentimento de amor da paciente do *Entrevistado D* que via o amor como violento já que seu entendimento de amor era quando seus agressores a estupravam. Todas essas crenças rodeiam a ideia de que o indivíduo não merece aquilo que o é dado, nenhum sentimento que o outro demonstra por ele vai ter valor já que ele não merece, já que ele não é digno de ter valor.

4 | CONCLUSÃO

Todos os fatores apresentados podem ser significativos para levar ao suicídio e é possível perceber a ligação, mesmo que indireta, entre o estupro e o suicídio. Cada indivíduo é único, portanto cada sofrimento é único, o conjunto de fatores que levou um indivíduo ao suicídio vai ser diferente do conjunto de fatores que levou outro indivíduo ao suicídio.

É possível constar que as consequências de um trauma como o estupro não são apenas imediatas, mas podem perdurar por bastante tempo e até mesmo debilitar funcionalmente o cotidiano do indivíduo.

Ao longo de toda a pesquisa foi possível compreender um pouco como foi a superação das quatro vítimas diante de um trauma e como elas evoluíram antes, durante e depois do processo terapêutico. É possível perceber que elas conseguiram entender o que aconteceu e seguir a vida sem eliminar aquele evento traumático.

É relevante ressaltar aqui a importância do processo terapêutico como forma de esclarecimento diante de acontecimentos marcantes. Em vários momentos os indivíduos em questão estavam perdidos, não sabiam o que fazer e até pensaram em tirar suas vidas, mas com a ajuda de um profissional, tiveram forças para continuar suas vidas sem ter um “peso nas costas” de algo que elas não tiveram culpa e de algo que não precisava ter acontecido, mas de qualquer forma foi um aprendizado para muitas destas vítimas.

REFERÊNCIAS

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. **Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, 11, 3, 0102-7972. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

BAPTISTA, M. N. **Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações**. Psicologia ciência e profissão. São Paulo, 27, 3, 496-509, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a10>>

BARUM, A. O. **O estupro como arma de guerra: relações entre o estuprador e vítima sob a análise foucaultiana das relações de poder**. Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:oC2yKN9PxL4J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>

BATISTONI, T. *et al.* **Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological studies entre idosos brasileiros**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 41, 4, 598-605, 2007. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/672/67240161014.pdf>>

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero**. Contextos clínicos. São Leopoldo, 6, 1, 1983-3482, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002>

CHACHAMOVICH, E. *et al.* **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 18-25, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1>>

COULOURIS, D. G. **Violência, gênero e impunidade: a construção da verdade nos casos de estupro**. Dissertação de Mestrado - UNESP, São Paulo, SP, 2004.

DURKHEIM, E. **O suicídio: Estudo Sociológico**. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

ESPINDOLA, G. A; BATISTA, V. **Abuso sexual infanto-juvenil: atuação do programa sentinela na cidade de Blumenau\SC**. Psicologia: Ciência e Profissão. Santa Catarina, 33, 3, 596-611, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a07.pdf>>

FAÚNDES, A. *et al.* **Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, 28, 2, 1806-9339, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009> doi: 10.1590/S0100-72032006000200009

FILIPPON, A. P. M. **A influência do trauma infantil na fibromialgia em mulheres**. Dissertação de Mestrado - UFRGS, Porto Alegre, RS, 2008.

FLORENTINO, B. R. B. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. Fractal: Revista de Psicologia. São José del-Rei, 27, 2, 139-144, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0139.pdf>>

GIFFIN, K. **Violência de gênero, sexualidade e saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10, 1, 1678-4464, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

GRAEFF, F. G. **Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Ribeirão Preto, 25, 1, 21-24, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v25s1/a06v25s1.pdf>>

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. **Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico**. Rev Saúde Pública. São Paulo, 37, 3, 357-63, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

NASCIMENTO, N. M.; ZUCOLO, N. P. **Lucrécia: resignação e transgressão**. Revista Decifrar. Manaus, 4, 7, 2318-2229, 2016. Disponível em <<http://www.periodicos.ufam.edu.br/Decifrar/article/viewFile/2787/2473>>

PINTO, J. D.; SOUTO, K. P. **Nunca contei a ninguém: uma análise sobre a violência feminina**. 2008. Disponível em <<http://itaporanga.net/genero/1/GT06/08.pdf>>

SOUZA, F. B. C. **Consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas**. Dissertação de Mestrado - PUC, São Paulo, SP, 2013.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SUDÁRIO, S.; ALMEIDA, P. C.; JORGE, M. S. B. **Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessas realidades**. Psicologia & Sociedade. Ceará, 17, 3, 73-79, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a12v17n3>>

VIEIRA, M. P. **Lucrécia, Lucretia e Artemísia: a (des)honra de viver**. Tese de Doutorado - UFMG, Belo Horizonte, MG, 2002.

ETNOFARMACOLOGIA, AYAHUASCA, E AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Rodrigo Scalabrin

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal de Roraima – UFRR, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA da UFRR. Endereço: Rua José Aleixo, 301 Bairro Liberdade, Boa Vista – Roraima. Cep:69309-030. Email: scalabrinbm@gmail.com.

Lincoln Costa Valença

Graduado em fisioterapia pela Universidade Salgado de Oliveira, Especialista em Educação Biocêntrica pela Universidade Federal da Paraíba, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA da UFRR.

Germana Bueno Dias

Bacharel em Ciências Biológicas pela Faculdade de Saúde e Meio Ambiente, mestre em Biologia Vegetal pela Universidade Federal do Espírito Santo, e doutora em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Professora colaboradora da UFRR.

RESUMO: Este artigo é resultado das discussões disciplina de Etnofarmacologia, do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório, que teve a intenção de analisar as produções científicas que abarcassem a utilização ritualística da ayahuasca no Brasil para tratamento terapêutico de abuso de álcool e outras drogas, principalmente o crack.

Foram selecionados 12 (doze) artigos publicados entre os anos de 2008 e 2017, que possibilitaram uma análise qualitativa dos resultados dessas pesquisas, principalmente considerando que em sua maioria tratavam-se de estudos de campo, etnográficos. Identificamos 07 (sete) instituições religiosas que realizam essa intervenção. Concluímos que o estabelecimento da ayahuasca como terapêutica possui efeitos anti-aditivos importantes, que demonstram resultados satisfatórios no tratamento adjunto do alcoolismo e do crack, principalmente para pessoas em situação que rua.

PALAVRAS-CHAVE: *Ayahuasca, dependência química, álcool, crack, tratamento.*

ETNOFARMACOLOGY, AYAHUASCA, AND THE THERAPEUTICAL POSSIBILITIES FOR THE ABUSIVE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS

ABSTRACT: This article is the result of the disciplinary discussions on Ethnopharmacology, from the Graduate Program in Health Sciences of the Federal University of Roraima. This is an exploratory bibliographical research, with the intention of analyzing the scientific productions that covered the ritualistic use of ayahuasca in Brazil for therapeutic treatment of alcohol and other drug abuse, mainly crack. Twelve (12) articles published between the years 2008

and 2017 were selected, which enabled a qualitative analysis of the results of these researches, mainly considering that they were mostly field studies, ethnographic. We identified 07 (seven) religious institutions that carry out this intervention. We conclude that the establishment of ayahuasca as therapy has important anti-addictive effects, which demonstrate satisfactory results in the accompanying treatment of alcoholism and crack, especially for people in the street.

KEYWORDS: *Ayahuasca, chemical dependence, alcohol, crack, treatment.*

1 | INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas têm-se constituído um grave problema de saúde pública, que possui uma complexidade entre seus fatores etiológicos, assim como exige esta mesma complexidade na busca de possibilidades que auxiliem essas pessoas em sofrimento psíquico grave e intenso. Assim sendo, buscamos compreender o uso ritualístico da ayahuasca como uma das possibilidades para intervenção nesses casos graves de saúde (física, psicológica e espiritual).

O objetivo deste estudo então foi de perceber se existe uma possibilidade de utilização da ayahuasca em contexto ritualístico para contribuir nas intervenções em saúde mental, principalmente em locais de concentração de usuários crônicos de álcool e crack (conhecidas também como “cracolândias”).

Esta pesquisa foi fruto de estudos desenvolvidos na disciplina de Etnofarmacologia, do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA da Universidade Federal de Roraima – UFRR, ministrada pela professora Dra. Germana Bueno Dias. Destacamos a conveniência e a pertinência do assunto, já que a ayahuasca é usada há séculos por povos da Amazônia ocidental em rituais de pajelança, e sua utilização sempre foi intrinsecamente ligada à concepção de cura, por isso considerada um etnofármaco.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado durante os meses de abril a junho de 2017, Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de cunho exploratório. De acordo com Gil (2008), o objetivo de uma pesquisa exploratória é possibilitar uma familiarização com assuntos ainda pouco explorados, que remete a uma necessidade de maior produção científica para contribuir, neste caso, para a saúde.

Foram utilizados dois livros como referência base para compreender melhor a história do uso da Ayahuasca no Brasil, as questões culturais envolvidas, assim como também o contexto a qual se deu a legalização de seu uso ritualístico pelas religiões sincréticas brasileiras. Estas possuem autorização do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas – CONAD (BRASIL, 2010), já que trata-se de uma “bebida de fortes características psicoativas” (MOREIRA & MACRAE, 2011, p.18) . São eles: “Eu venho

de longe: mestre Irineu e seus companheiros”, de Paulo Moreira e Edward MacRae (2011), tido como um importante instrumento de esclarecimento a respeito do uso ritualístico da ayahuasca no Brasil; e “Navegando sobre as ondas do Daime: história, cosmologia e ritual da Barquinha”, de Wladimir Sena Araújo (1999).

Por tratar-se de uma pesquisa exploratória, com a finalidade de conhecer e divulgar as diferentes formas de contribuição científica sobre este tema, buscamos artigos científicos publicados em meio eletrônico através dos sites Scielo, Lilacs e Medline. Selecionamos apenas pesquisas desenvolvidas no Brasil, devido à especificidade da legislação sobre drogas. Utilizamos os seguintes descritores: ayahuasca, álcool, drogas, dependência química, tratamento. Foram selecionados 12 artigos publicados entre os anos de 2008 e 2017.

3 | RESULTADOS

Os 12 artigos selecionados consistem em: Uma tese de doutorado da Universidade Federal de Brasília – UNB em antropologia, de Ana Gretel Echazú Boshemeier (2013); Três dissertações de mestrado, uma da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, em psicologia cognitiva de Escobar e Roazzi (2010), uma da Universidade de São Paulo – USP do Mestrado em Saúde Pública de Bruno Ramos Gomes (2011); e a outra é da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF do mestrado em Psicologia, de Hortensia Isabela Santos Vieira (2014).

Também dois artigos de pesquisadores, um da Universidade Federal da Bahia – UFBA de Josué Silva Abreu Júnior (2014), e outro do Centro Universitário Luterano de Ji-paraná – RO – CEULJI/ULBRA, de Tenes et. al. (2015); E seis estudos da USP em antropologia, um de Roberta Costa (2013), os outros cinco são de autoria de Marcelo Simão Mercante (2008; 2009; 2011; 2013), sendo três dele somente, e dois dele com outros pesquisadores. Mercante é Pós Doutor em antropologia que pesquisa sobre a ayahuasca, possui outras publicações também sobre esse assunto, mas utilizamos apenas os artigos que especificamente faziam a relação entre o uso ritualístico desta bebida e o tratamento terapêutico para o abuso de álcool e outras drogas.

Nesta pesquisa identificamos 07 (sete) Centros Espirituais no Brasil que foram objeto de estudo dos artigos acima citados, na qual realizam um trabalho de acolhimento a pessoas em sofrimento psíquico grave e intenso pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, como crack ou cocaína e derivados. Algumas têm um atendimento de Pronto Socorro Espiritual. São elas:

- Centro de Recuperação Caminho de Luz: Rio Branco – AC (MERCANTE, 2009);
- Centro Espiritual Céu Sagrado: Sorocaba – SP (COSTA, 2013; MERCANTE, 2013; VIEIRA, 2014);
- Centro Espiritual Céu Nova Vida: São José dos Pinhais – PR (MERCANTE,

2013);

- Associação Beneficente Luz de Salomão (ABLUSA): São Paulo – SP (MERCANTE, 2009);
- Unidade de Resgate Flor das Águas Padrinho Sebastião: São Paulo – SP (GOMES, 2011);
- Comunidade Ayahuasqueira: Ouro Preto do Oeste – RO (TENES et. al, 2015);
- Instituto de Etnopsicologia da Amazônia Aplicada (IDEAA): situado às margens do igarapé Raso, próximo da comunidade do Santo Daime Céu do Mapiá, município de Pauini – AM (MERCANTE et. al, 2008).

Conforme os artigos estudados que aprofundaram em pesquisas de campo, principalmente, é possível perceber que o uso ritualístico da ayahuasca se configura como uma possibilidade terapêutica para o abuso de álcool e outras drogas. Os trabalhos desenvolvidos por essas organizações religiosas são voltados para a reconstrução da vida de pessoas, onde o objetivo é “o resgate da dignidade e da condição humana das pessoas em condições de rua” (MERCANTE, 2009, p. 03).

Mas também é preciso reiterar que a utilização da ayahuasca só é permitida no Brasil em contexto ritualístico. Também alguns desses centros espirituais têm em sua composição pesquisadores e trabalhadores da saúde, e algumas inclusive fazem avaliações em saúde antes de permitir a participação nos rituais. É necessário que a pessoa não esteja utilizando medicamentos psiquiátricos para tratamento de saúde mental, devido aos riscos de surto psicótico.

4 | DISCUSSÃO

Considerações sobre a ayahuasca e sua história

Também conhecida como Santo Daime, Vegetal, Kamarãpi, Huni, Caapi, Yagé, Hoasca, dentre outras denominações. Trata-se de uma bebida com características psicoativas, produzida através da cocção de um cipó popularmente conhecido como Mariri, o *Banisteriopsis caapi*, e das folhas de um arbusto de pequeno porte conhecida como Chacrona, a *Psychotria viridis*. (MOREIRA & MACRAE, 2011).

A ayahuasca é preparada (de forma ritualística) através da maceração do cipó Mariri, posteriormente são colocados em uma panela grande junto com as folhas da Chacrona onde é deixado em cozimento durante horas. Cada comunidade que produz a ayahuasca possui práticas para realizar o *feitio* (como é chamado os procedimentos necessários para a produção da ayahuasca), que são repassadas pelos participantes mais antigos, com maior experiência no ritual. (ABREU JÚNIOR, 2014; GOMES, 2011; BÖSCHEMEIER, 2013; MERCANTE et. al, 2008).

É interessante um detalhe sobre esta bebida: a *Psychotria viridis* possui em sua composição a dimetiltriptamina (DMT), considerado um potente alucinógeno.

Mas o organismo do ser humano é incapaz de metabolizar o DMT se a bebida fosse preparada apenas com a Chacrona, pois são as β carbolicinas inibidoras reversíveis da enzima monoaminoxidase (MAO) presentes no cipó Mariri que possibilitam essa metabolização do DMT. (PIRES; OLIVEIRA; YONAMINE; 2010).

Considerando que este estudo teve a intenção de identificar um etnofármaco, alguma substância advinda da medicina popular e oriunda da cultura brasileira, instigante foi descobrir que a ayahuasca é utilizada a mais de 4.000 anos pelos povos originários da Amazônia ocidental em rituais de pajelança. (ABREU JÚNIOR, 2014). E a utilização desta bebida historicamente sempre esteve intrinsicamente ligada à cura espiritual, cura da alma, sendo administrada pelos líderes espirituais e curandeiros, os pajés. (MERCANTE, 2008; 2009; 2011). A partir de 1930, no Brasil, dá-se início a alguns movimentos religiosos no Brasil com o uso da ayahuasca.

Floresta encantada: o Vegetal que ensina – as religiões sincréticas brasileiras

Ao final do século XVIII e início do século XIX no Brasil houve uma migração de pessoas oriundas da região nordeste do Brasil, principalmente do estado do Maranhão, para trabalharem nos seringais da região do Território Federal do Acre, num momento de expansão econômica e territorial devido ao “ciclo da borracha”. Posteriormente alguns desses seringueiros acabaram sendo recrutados para trabalharem na demarcação territorial do Acre, divisa com o Peru e a Bolívia.

Estes momentos de transformação na história e todos seus aspectos (econômicos, culturais, etc.) foram vivenciados pelos fundadores das religiões sincréticas brasileiras. Foi a partir da vivência deles com os povos indígenas da Amazônia ocidental durante suas incursões na floresta para retirar o látex das seringueiras, que permitiu essa troca de experiências carregada de elementos culturais e que culminaram com esse movimento religioso sincrético. Temos como os primeiros a iniciarem esse movimento Raimundo Irineu Serra (Mestre Irineu) e Daniel Pereira de Matos (mestre Daniel). Surgiram então as religiões chamadas de Santo Daime, posteriormente surgiu Barquinha e a última, a União do Vegetal. Os três possuem uma relação entre si, e características em comum de seus rituais. (MOREIRA & MACRAE, 2011; ARAÚJO 1999).

Essas religiões são consideradas sincréticas pelo fato de serem construídas a partir de elementos dos rituais de pajelança, espiritismo, simbologias e ritos da igreja católica, gnose, cabala e do “universo da religiosidade popular afro-indígena maranhense.” (MOREIRA & MACRAE, 2011 p. 39). Na Barquinha há uma maior influência de elementos de origem afro, provenientes da umbanda, candomblé, do tambor de mina e catimbó. (MERCANTE, 2011).

Elas têm em comum a ayahuasca como uma bebida sagrada, que permite um encontro com o divino interior, e por isso consideram a substância como um Enteógeno, e não como uma droga alucinógena, pois essa forma de concepção é carregada de

preconceito. O uso ritualístico da ayahuasca promove estados alterados de consciência, o que possibilita uma ampliação da percepção acerca de si e do mundo, sua relação ecológica com os elementos da natureza. Possuem uma visão cosmológica onde as manifestações do divino estão na natureza, e a bebida sagrada ayahuasca permite esse encontro. (MERCANTE, 2008; VIEIRA, 2014; BÖSCHEMEIER 2013).

Desde 2004 o CONAD advertiu para que fossem realizadas mais pesquisas sobre o uso da ayahuasca e suas implicações para a saúde e a cultura das pessoas. Em 2010, através da Resolução Nº 1, de 25 de janeiro de 2010, que legitima e reitera a liberdade do uso ritual da ayahuasca, com a intenção de “ratificar a legitimidade do uso religioso da ayahuasca como rica e ancestral manifestação cultural que, exatamente pela relevância de seu valor histórico, antropológico e social, é credora da proteção do Estado” (BRASIL, 2010 p. 58).

Sobre a utilização da ayahuasca como ferramenta terapêutica para o uso abusivo de álcool e outras drogas

O uso abusivo de álcool e outras drogas como o crack, têm se demonstrado como um grave problema de saúde pública, na qual demonstra-se como um fenômeno complexo onde estão intrínsecos diversos fatores. O Ministério da Saúde prega a “lógica da transversalização, [...] consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção” (BRASIL, 2004, p. 9). Por que “em se tratando de tema tão complexo, com claras implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, traçar uma política com base em um único objetivo é trabalhar em saúde com um modo estreito de entendimento.” (BRASIL, 2004, p. 10).

Em 2011 ocorreu o “I Encontro Ayahuasca e o Tratamento da Dependência”, evento realizado entre os dias 12 e 14 de setembro, no anfiteatro de geografia da USP. O evento teve a participação de pesquisadores, religiosos, antropólogos, psiquiatras, médicos e representantes de centros de tratamento do Brasil e de outros países da América Latina. (MERCANTE et. al, 2011). Deste encontro surgiram as seguintes perguntas:

“Dá pra se livrar do vício em drogas usando outra? Como é que uma substância alucinógena pode tratar da dependência? Ayahuasca é droga? E o usuário em drogas ou álcool pode ficar viciado em ayahuasca? Como é esse tratamento? Ele funciona mesmo?” (MERCANTE et. al, 2011, p. 01)

Conforme Mercante (2009), a ayahuasca produz “limpeza” física, psicológica e espiritual. Então, como funciona a dinâmica dessa cura? A experiência psicodélica, que é dirigida de forma ritualística, permite à pessoa transcendência do eu, é a possibilidade de ampliação da compreensão de si e do mundo. É através de uma autorreflexão profunda que a pessoa começará a ter iniciativa para mudanças em sua

vida (GOMES, 2011). “Da mesma forma, a psicologia transpessoal, que tem um olhar holístico, busca ir além, através da inclusão da auto-transcendência, como forma de ampliar a experiência de bem-estar”. (VIEIRA, 2014, p. 38).

Devemos ressaltar o papel da eficácia simbólica na produção da cura que permeia os rituais que proporcionam Estados Alterados de Consciência (EAC). Este fenômeno se configura como elemento terapêutico na medida em que essas experiências são conduzidas de forma segura, onde:

“A psicopatologização de estados de consciência que fogem ao padrão ordinário é um obstáculo à compreensão da mente humana, além de estimular as atitudes discriminatórias. A saber, o estado ordinário de consciência é somente um dentre as várias formas de interagir e interpretar o ambiente. Este é fragmentado e identifica apenas uma pequena fração do que as pessoas realmente são.” (VIEIRA, 2014, p. 37)

Durante o uso ritual da ayahuasca, ocorrem os EAC's, que são reconhecidos pelos participantes como a *miração*. A Psicologia considera que as imagens são elementos primordiais na construção do que poderíamos chamar de sistema de símbolos para armazenar informações. Sendo assim, as imagens não estariam apenas antes dos pensamentos, mas também antes das falas e das emoções (GOMES, 2011; VIEIRA, 2014). Segundo Mercante “as imagens na *miração* surgiriam a partir de processos pertencentes à imaginação” (2009, p. 11).

Em algumas dessas vezes em que se está no EAC, ou na *miração*, pode ocorrer ou não o que eles chamam de *peia*. A *peia* faz parte da *miração*, e ocorre dentro de um processo de introspecção profunda, onde a pessoa percebe as mazelas que têm feito a si mesmo e às pessoas na qual ela tenha algum vínculo afetivo, e sofre com isso. A imaginação se move para o futuro enquanto a memória inevitavelmente irá remeter ao passado, promovendo assim um momento de intensa catarse, onde perceber e assumir suas falhas já faz parte de um processo de transformação do *eu* em direção à cura. (MERCANTE, 2009).

Bruno Ramos Gomes em uma de suas entrevistas de campo identificou a profundidade da ayahuasca como terapêutica, ao questionar umas das pessoas: “Isso tira até aquele leitinho da sua mãe que ficou grudado num canto e que foi definindo quem você é!” (GOMES, 2011 p. 148). Outra pessoa entrevistada por Mercante, ao ser questionado se algo havia mudado desde que ele havia começado a beber a ayahuasca, sua resposta foi: “Mudou! Mudou da praça para debaixo do viaduto. De debaixo do viaduto para a favela. Da favela para o apartamento!”. (MERCANTE, 2009, p. 7)

5 | CONCLUSÃO

Concluimos que o estabelecimento da ayahuasca como terapêutica possui efeitos anti-aditivos importantes, que demonstram resultados satisfatórios no tratamento adjunto do alcoolismo e do crack. Principalmente nas pessoas em situação que rua, que já “quebraram” todos seus vínculos familiares e vivem numa condição degradante. Sendo assim, o uso ritualístico da ayahuasca se apresenta como uma das possibilidades viáveis para esse tratamento, reiterando a necessidade da ampliação de estudos que possam assegurar esta possibilidade. Consideramos que existe a necessidade da ampliação dos debates a respeito das políticas sobre drogas no Brasil, e também da prioridade em se tratar este assunto mais como uma questão de saúde pública, quebrando paradigmas e superando preconceitos. Afinal, é interessante ter um etnofármaco que já era utilizado a mais de 4.000 anos, oriundo dos povos indígenas, como uma das alternativas para cura das mazelas contemporâneas da humanidade.

6 | AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Germana Bueno Dias pela orientação e pela confiança durante toda produção deste trabalho. Ao Prof. PhD Calvino Camargo pelas aulas de pesquisa em saúde. A Paola e ao Thiago pelas discussões a respeito do assunto, que deveras polêmico. A todas (os) colegas da turma 2017.1; 2016.1; 2015.1 do PROCISA. A coordenação, professores e colaboradores do PROCISA.

REFERÊNCIAS

ABREU JÚNIOR, J. S. **O uso terapêutico da ayahuasca: Concepções de saúde e doença em comunidades indígenas ayahuasqueiras**. Natal: UFBA, 2014. Disponível em: http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401398470_ARQUIVO_TrabalhoRBAJosue-final.pdf Acessado em 19 de maio de 2017.

ARAUJO, V. S. **Navegando sobre as ondas do Daime: história, cosmologia e ritual da Barquinha**. Campinas, SP: Editora da Unicamp / Centro de Memória, 1999.

BOSCHEMEIER, A G E. Biossocialidades e o valor terapêutico da ayahuasca per se em dois centros da alta amazônia peruana. **Vivência Revista em Antropologia**. n. 41 p. 99-111 Brasília: 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/4712> Acessado em 20 de maio de 2017.

BRASIL. **Parlamento reverencia os 50 anos da União do Vegetal**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012.

COSTA, R. Observações sobre usos diversos e diferentes formas de dependência: de um pronto-socorro espiritual que usa a ayahuasca à cracolândia. **Saúde e Transformação Social**. v. 4 n. 2, p. 167-178. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2653/265328844019/> Acessado em 19 de maio de 2017.

ESCOBAR, J. A. C.; ROAZZI, A. Panorama Contemporâneo do Uso Terapêutico de Substâncias Psicodélicas: Ayahuasca e Psilocibina. **Neurobiologia**. v. 73. Pernambuco, 2010.

GOMES, B. R. **O sentido do uso ritual da ayahuasca em trabalho voltado ao tratamento e**

recuperação da população em situação de rua em São Paulo. USP. São Paulo: 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=612287&indexSearch=ID> Acessado em 20 de maio de 2017.

TENES, et. al. Ayahuasca, qualidade de vida e a esperança de adictos em recuperação: relatos de caso. **Acta toxicología argentina.** 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432015000100006 Acessado em 20 de maio de 2017.

MACRAE, E., MOREIRA, E. **Eu venho de longe: mestre Irineu e seus companheiros.** Salvador: EDUFBA, 2011.

MERCANTE, M. S. et al. Observações do não observável: breve relato sobre o I Encontro “Ayahuasca e o Tratamento da Dependência”. **Porto Urbe - Revista do núcleo de antropologia urbana da USP.** São Paulo: 2011. Disponível em: < <https://pontourbe.revues.org/pdf/1948> Acessado em 20 de maio de 2017.

_____. Considerações sobre o tratamento da dependência por meio da ayahuasca. **Neip.info.** São Paulo: USP, 2008. Disponível em: http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/labate_et_all_tratamento_dependencia_ayahuasca_final.pdf Acessado em 19 de maio de 2017.

MERCANTE, M. S. Dependência, recuperação e o tratamento através da ayahuasca: definições e indefinições. **Saúde e Transformação Social.** São Paulo: 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2209> Acessado em 20 de maio de 2017.

_____. A ayahuasca e o tratamento da dependência. **Mana** Vol. 19 N.3 Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300005&script=sci_arttext&tlng=es Acessado em 20 de maio de 2017.

_____. Ayahuasca, dependência química e alcoolismo. **Porto Urbe - Revista do núcleo de antropologia urbana da USP.** São Paulo: 2009. Disponível em: <http://pontourbe.revues.org/1345> Acessado em 20 de maio de 2017.

PIRES, A.P.S.; OLIVEIRA, C.D.R.; YONAMINE, M. Ayahuasca: uma revisão dos aspectos farmacológicos e toxicológicos. **Revista de ciências farmacêuticas básica e aplicada.** V. 31 p. 15-23. São Paulo: USP, 2010. Disponível em: serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/download/888/894 Acessado em 20 de maio de 2017.

VIEIRA, H. I. S. **O uso da ayahuasca o tratamento da dependência de substâncias: um estudo exploratório.** Juiz de Fora – MG: UFJF, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpsiologia/files/2010/01/Hortensia-Isabela-Santos-Vieira.pdf> Acessado em 20 de maio de 2017.

EXERCÍCIOS FÍSICOS: EFEITOS SOBRE A DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Givanildo de Oliveira Santos

Docente do Curso de Educação Física
Bacharelado da Faculdade de Piracanjuba GO -
(FAP).

Rosimari de Oliveira Bonzeli

Graduada em Educação Física Bacharelado pela
Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

Laís Mirele Oliveira Martins Daciuk

Graduada em Educação Física Bacharelado pela
Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

RESUMO: A incidência de depressão aumenta em todo o mundo, são milhões de pessoas diagnosticada com a depressão, levando em risco a saúde coletiva. Alguns estudos, demonstraram os exercícios físicos eficaz como efeito antidepressivo, com controles que variam de leve, moderada e elevada nos resultados. Os exercícios físicos diminuem os sintomas de pessoas com depressão, porém, existem algumas limitações quanto a aplicação do exercício físico em pessoas com este tipo de patologia. Os programas de treinamento físico para pessoas com depressão devem ser planejados, diagnosticar as limitações individuais para que ocorra o êxito nas ações desenvolvidas, o tempo de execução dos exercícios físicos e a intensidade, devem ser avaliados para que as pessoas submetidas aos exercícios possam habituar e sentir prazer

em realizar a prática de exercício. Escolher o exercício certo para a pessoa certa, além do acompanhamento a longo prazo, pode ajudar a garantir que as intervenções do exercício tenham os efeitos pretendidos.

PALAVRAS-CHAVE: Exercício aeróbico; distúrbios psicológicos; exercício anaeróbico.

PHYSICAL EXERCISES: EFFECTS ON DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: The incidence of depression increases worldwide, millions of people are diagnosed with depression, leading to collective health risk. Some studies have demonstrated effective physical exercises as an antidepressant effect, with controls varying from mild, moderate and elevated in outcomes. Physical exercise decreases the symptoms of people with depression, however, there are some limitations as to the application of physical exercise in people with this type of pathology. Physical training programs for people with depression should be planned, diagnose individual limitations for success in the actions developed, the time for performing physical exercises and the intensity, should be evaluated so that the people submitted to the exercises can habituate and to enjoy the practice of exercise. Choosing the right exercise for the right person, in addition to long-term follow-up, can help ensure that

exercise interventions have the intended effects.

KEYWORDS: Aerobic exercise; psychological disorders; anaerobic exercise.

INTRODUÇÃO

Cresceu a incidência de depressão em todo o mundo, quase 340 milhões de pessoas diagnosticada com a patologia, dessa forma levando em risco a saúde coletiva. Presumindo que até em 2020 esta doença seja a segunda maior causa de morte, perdendo apenas para doenças cardíaca (CHAPMAN D. P; PERRY G. S, 2008).

No quesito de identificação e sintomas, coloca-se em ênfase que o humor depressivo e a perda de interesse em atividades, são identificados como os principais sintomas da depressão (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2000). Entretanto, alguns resultados mostraram que a depressão está acompanhada de outros sintomas, tais como: baixo nível de atividade física, exercícios físicos e esportes (STROHLE A, 2009).

Em algumas pesquisas para avaliar a depressão, relacionou o exercício físico e a influência entre as mesmas (MEMARI et al., 2011). Mostra-se de fato os efeitos relacionados entre os avaliados, mostrando de fato que os exercícios físicos são eficazes entre o tratamento em pessoas com transtornos depressivos (RETHORST et al., 2009).

Entre o resultado de várias metanálises, demonstraram os exercícios físicos eficaz como efeito antidepressivo, com controles que variam de leve, moderada e elevada nos resultados (KROG J et al., 2011). Porém, alguns estudos mostram não difere em tratamentos tradicionais na redução dos sintomas depressivos, no entanto, a combinação de exercícios físicos com o tratamento produzem resultados melhores no tratamento (RIMER et al., 2012). Levando em consideração que para participar de programa de exercícios físicos não são métodos de tratamento elevados no sentido de valores, considerados baratos, o exercício físico é seguro, não possui contraindicação e nem efeitos colaterais, e inclusive confiável em algumas situações, exemplos em gestantes e crianças (MEMARI et al., 2013).

Objetivou neste estudo, apresentar o estado atual do conhecimento sobre a natureza da relação entre o exercício físico sobre a depressão e a qualidade de vida, em programa de exercícios para indivíduos com depressão.

REVISÃO

É extremamente relevante antes de decidir a inserção de indivíduos com depressão em programas de exercícios físicos, monitorar algumas variáveis importantes, tais como: idade, sexo, raça, etnia, estado civil, índice de massa corporal, nível de incapacidade, histórico familiar em relação a depressão, nível de atividade física praticada, e níveis de gerais de saúde (EVENSON K. R; WEN F, 2010).

Dentre outros fatores, as opiniões dos envolvidos sobre a terapia deverá ser levada em consideração, alguns itens podem ser diminuídos com a inserção em programas de exercícios físicos, tais como: suicídio, psicose, manias, hospitalização, diminuição de doses de medicamentos nos tratamentos (KINSER et al., 2013).

Algumas diferenças existentes como fatores biológicos, psicossociais e ambientais interfere no efeito do exercício físico sobre a depressão (MEMARI et al., 2013). Dentre estes a classe econômica, grau de escolaridade são fatores consideráveis na informação em opções de tratamento, as pessoas com poder econômico e grau de escolaridade maior terão a probabilidade de sucesso no tratamento da depressão, quando comparadas a pessoas de níveis inferiores (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2011).

Em tratamentos submetidos a programas de exercícios físicos, é relevante considerar os gêneros na inserção e elaboração dos exercícios físicos, devido ao sexo feminino relatar maior sintoma depressivo e obter menos frequência em programas de atividades física diariamente em relação aos homens (TORRES et al., 2010).

Os exercícios físicos podem ser indicados a pessoas com distúrbios depressivos, mesmos que em diferentes classes sociais e econômicas, mesmo que os resultados consideráveis tenham sido em mulheres e pessoas com mais de 40 anos de idade e indivíduos com obesidade (WISE, 2006).

Os exercícios físicos mesmo com necessidade e preferencias individuais, podem ser indicados para depressivos associados a tratamento medicamentoso. Estudos demonstraram que pacientes com depressão moderada a grave, submetidos ao exercício físico reduziram os sintomas depressivos do que pacientes não submetidos a programas de exercícios físicos, alguns pesquisadores descrevem que os depressivos podem ser incluídos em programas de exercícios semelhantes a pessoas saudáveis (ARENT S; LANDERS D; ETNIER J, 2000).

Podemos citar como exemplo que exercício durante a gravidez beneficia a saúde mental e física da gestante e do feto com baixo risco de lesão (DSSH EUA, 2008). Demonstra também que o exercício físico torna se eficaz como tratamento em depressão pós-parto, embora muitos casos não são diagnosticados nesta etapa, requerendo confirmação (DALEY, 2012).

Deslandes et al. (2009) relatou em estudos que pacientes que se exercitavam durante o tratamento, reduziu significativamente a dose de medicação. Babyak et al. (2000) durante 6 meses de estudos, demonstrou que pacientes deprimidos, e submetidos a treinamentos aeróbicos, diminuíram a probabilidade de recaídas quando comparados a pacientes submetidos somente ao tratamento medicamentoso.

Devido algumas atitudes negativas em relação a psicoterapia, despertaram o interesse a tratamentos alternativos. Neste sentido, os exercícios físicos não demonstram efeitos colaterais relacionados aos medicamentos, como por exemplo a abstinência, aumento de peso, ressecamento da boca e insônia (Trindade, 1998). Demonstrando possíveis benefícios a saúde, redução de peso, inserção social,

melhora o sistema cognitivo (DALEY A, 2008).

Para Carek et al. (2011) as pessoas em tratamento de depressão deverão ser primeiramente inseridas a programas de exercícios físicos de leve a moderada, e posteriormente o tratamento com medicação. Os exercícios físicos devem ser considerados terapia cognitivo-comportamental, e prevenindo a depressão e pessoas saudáveis (RIMER et al., 2012). Entretanto, muitas se questiona o qual programa de exercícios físicos podem abranger uma grande escala de pessoas com depressão.

DISCUSSÃO

Os exercícios físicos e atividades físicas conferem benefícios ao bem-estar físico e mental. Pessoas com depressão atribuíram a uma série de benefícios, incluindo vias bioquímicas e cognitivas (SEARLE et al., 2011). Em algumas pesquisas destacou-se as respostas inflamatórias como compreensão da relatividade de exercício e humor (HAMER et al., 2012). Dentre as relações fisiológicas, verificou as alterações fisiologias associadas aos exercícios físicos, dentre o nível de endorfina e redução hormonal do estresse cortisol exercem a influência sobre o humor (DUCLOS et al., 2003).

O tratamento de depressão com exercício físicos, verificou-se que a neurogênese pode alterar a função dos neurotransmissores, promovendo o crescimento do hipocampo, sabe-se que são reduzidos em pessoas deprimidas (LUCASSEN et al., 2010). E de fato pesquisas em laboratórios conclui-se que a resposta neurogênica comparada aos exercícios físicos, foram mais evidentes, quando comparados a medicamentos com antidepressivos (MARLATT et al., 2010).

A interação social se origina normalmente das atividades físicas, que pode desempenhar a relação entre exercício físico e humor. Sabe-se que a interação social torna se importante ao bem-estar mental, estudos prévios mostraram os efeitos benéficos aos idosos, reduzindo os sintomas depressivos com o contato social, e com a pratica de exercício físico revelou-se o efeito maior que o contato social, demonstrando a redução de sintomas somáticos (McNEIL et al., 1991).

Em outro estudo, relatou a que a qualidade de vida, poderá ser melhorada com a pratica de exercícios físicos e igualmente com o contato social em adultos, embora obteve um grupo controle para comparações (KERSE et al., 2010).

Embora, a relação entre a qualidade de vida e o exercício físico se torna cada vez mais evidente, existe pouco estudo relacionados entre exercício físico e qualidade de vida em pessoas deprimidas, porém, existem evidencias na melhora das funcionalidades globais, melhoras no sintomas psicopatológicos depressivos, quando submetidos em programas de exercícios físicos supervisionados e acompanhados com tratamentos medicamentosos de antidepressivos, houveram a melhora na qualidade de vida (Carta et al., 2008).

O exercício a longo prazo, torna-se eficiente em pacientes depressivos, melhorando a qualidade de vida (SAXTON et al., 2012). Tem sido observado que os

exercícios físicos tem sido procurado bem mais para a qualidade de vida, em relação a benefícios físicos que predominavam no passado com o objetivo de resultados físicos (STEVENS E BRYAN, 2012).

Qualidade de vida dentro da literatura possui algumas definições, dentre elas: as percepções dos indivíduos em relação a saúde; e outras diz que o nível de satisfação do indivíduo com o estado de saúde. Entretanto, a definição comumente citada é o estado de bem-estar composto de dois componentes, tais como: a capacidade de realizar atividades físicas no cotidiano refletindo no bem-estar físico, psicológico e social; o segundo, a satisfação do paciente com níveis de funcionamento e controle de doença e sintomas relacionados ao tratamento (GOTAY et al., 1992).

Burnham e Wilcox (2002) tem associado a qualidade de vida em estudos epidemiológicos, o qual o exercício regular tem demonstrado efeitos na qualidade de vida em populações com algumas patologias, dentre elas: câncer, depressão e doença pulmonar crônica.

Embora a qualidade de vida está defendida como resultado primário ou secundário na pesquisa em saúde, uma recente revisão revelou que o exercício físico, influenciou nos resultados benéficos da depressão incluindo na qualidade de vida como resultado (SCHUCH et al., 2011).

Em geral, há evidências de que o exercício físico melhora os sintomas depressivos, principalmente forte evidências em pessoas com transtornos depressivo maior, dentre os transtornos psiquiátricos, foram os grupos com maior evidencia de benefício dos exercícios físicos (TORDEURS et al., 2011).

Existe o receio de alguns médicos ao indicar a pratica de atividades físicas e exercícios físicos a pacientes deprimidos, pensando que os mesmos não tenham motivação para a realização de tais tarefas. O que de fato tornar difícil, devido a mídia publicar sobre os resultados de estudos, dificultando a incentivar paciente com depressão e participar de programas de treinamento e exercícios físicos (TRUELAND, 2012). Entretanto, há existência na magnitude de benefícios dos exercícios físicos relacionados a qualidade de vida e saúde, e alguns autores propuseram os exercícios físicos como primordial no tratamento as todos os níveis de pacientes com depressão, devendo a prescrição ser adaptada conforme o nível de atividade, exercício preferido e intensidade de exercício, de cada paciente (NAHAS; SHEIKH, 2011).

Embora existe a discussão de qual o programa de exercício seja mais eficiente no tratamento de depressivos, estudos mostram que os exercícios aeróbicos e anaeróbicos, são tão eficazes na diminuição dos sintomas depressivos, melhorando o humor e a qualidade de vida nos pacientes (RIMER et al. 2012).

Porém, o treinamento resistido está atrelado a algumas dificuldades, devido precisar de um espaço físico preparado, investimento financeiro e supervisão qualificada, devido a estes fatores pode sugerir o exercício aeróbico como uma opção de maior facilidade na prática (INSTITUTO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM SAÚDE E CUIDADOS, 2009). Por exemplo, a caminhada, a dança são exercício aeróbico que

pode ser uma opção em menor custo para o tratamento da depressão, embora as bike estacionaria ou a esteira sejam alternativas (ROBERTSON et al., 2012).

Alguns dados mostram que o a pratica de atividades físicas e exercícios físicos, podem influenciar nos resultados de sintomas depressivos, mesmo que sejam recreativas, ocupacionais e de transportes (MEAD et al., 2009). Entretanto, um outro fator importante, são os programas de exercícios em grupos, que tem se destacado os benefícios a saúde e qualidade de vida, desse modo, aumentando a sensação de prazer, apoio social e socialização (GORE S; FARRELL F; GORDON J, 2001). Os exercícios em grupo são recomendados especialmente ao sexo feminino, adolescentes e pessoas com doenças crônicas (LUYTEN et al., 2006).

Exercícios em grupo desperta a conectividade, compartilhamento de experiências, treinamento de habilidades sociais e atmosfera motivadora e encorajadora, ajudam a diminuir os sintomas depressivos (MEAD et al., 2009). No entanto, algumas pessoas podem preferir participar de programas de exercícios individuais, estudos indicaram o valor de sessões individuais de treinamento em treinamento de habilidades, e também uma definição realista de metas devido à capacidade do paciente, têm um efeito aditivo na melhoria da adesão do participante ao programa de tratamento (CHU et al., 2009).

Existe várias controvérsias, quanto a intensidade dos exercícios, objetivando a melhora dos sintomas depressivos. Exemplo, foi demonstrado que não há diferença significativa entre um exercício aeróbico de alta intensidade, e exercício aeróbico de baixa intensidade, ou um programa de alongamento na redução de sintomas depressivos (CHU et al., 2009).

Quanto à duração dos exercícios físicos, não houve diferença significativa entre o treinamento 3 dias e de 5 dias por semana. Neste caso, a recomendação do Colégio Americano de Medicina Esportiva, o gasto energético de 17 kcal por kg por semana ou aos menos 150 minutos durante a semana, será a melhor prática para o tratamento de pacientes com depressão (VEDI et al., 2005).

Considerando a todos os fatores levantados, recomenda-se que o treinamento com intensidade moderada, com a duração de 30 minutos diários, todos os dias da semana em adultos e duas vezes por semana em idosos, seja a melhor condição para atingir, grandes e duradouros efeitos antidepressivos. No entanto, é recomendado que os efeitos positivos do exercício sejam maiores quando mantidos pelo menos 10 semanas e, preferencialmente, maior que 15 semanas. Porém como precaução, não há correlação linear entre a intensidade do exercício e seus efeitos positivos, uma vez que o exercício de alta intensidade pode criar ódio e a desistência dos pacientes (STANTON R; REABURN P, 2014).

O sucesso das terapias e benefícios dos exercícios físicos a pacientes depressivos, estão associados à adesão ao programa de exercícios. Dentre as estratégias para manter os participantes nos exercícios, deve-se: usar músicas ou jogos, incluir em atividades agradáveis (COTTER K. A; LACHMAN M. E, 2010). Usar de técnicas comportamentais para facilitar a adesão aos programas de exercícios

em casa (WHALEY D. E, 2004). Exemplo, os registros de exercícios diários podem ser um motivador para a prática regular durante o período de intervenção e ajudar a desenvolver metas adequadas, alcançar a auto regulação e aderir às intervenções (VEALEY R. S, 2007).

Os exercícios físicos após avaliados, demonstraram eficácia na redução dos sintomas de ansiedade (WILLIAMS et al., 2008). Em um estudo com 126 pacientes deprimidos não respondiam aos inibidores de serotoninas, e que os indivíduos que completaram o exercício de baixo gasto energético e alto gasto energético obtiveram a redução significativa nos sintomas depressivos durante o programa de treinamento de doze semanas (TOUPS et al., 2011).

Em outro estudo semelhante os indivíduos em um grupo de exercícios apresentaram melhora em todos os parâmetros de depressão e funcionamento, e o grupo que não foram submetidos a nenhum tipo de exercícios físicos não obteve nenhuma resposta ou remissão de sintomas (MOTA PEREIRA et al., 2011).

Em estudo realizado em 2012, descobriram que os exercícios aeróbicos intensos ao tratamento farmacológico e psicoterapia, obtiveram efeitos benéficos no humor em tratamento de depressão (KRUISDIJK et al., 2012). Entretanto, outro estudo descobriu que em terapia cognitiva – comportamental de com duração de 8 a 12 semanas, associados aos exercícios físicos comparado a um grupo sem mudança no estilo de vida, reduziram significativamente os sintomas de depressão, ansiedade, estresse em indivíduos com transtorno de ansiedade (MEROM et al., 2008).

CONCLUSÃO

Durante esta revisão concluiu-se que o exercício melhora os sintomas depressivos em pessoas com diagnóstico de depressão, embora tenha que ser ressaltado e interpretado com cautela, sendo que os efeitos positivos do exercício foram em estudos com pequenas quantidades de pessoas. Embora os efeitos positivos da intervenção do exercício sobre os sintomas depressivos estejam ganhando mais publicidade.

Os benefícios imediatos proporcionados pelo exercício também podem ser muito mais importantes do que os benefícios físicos para os pacientes que sofrem de transtornos de humor e ansiedade, tornando-se importante para os tratamentos de pessoas com depressão associados a medicação. As pesquisas destacam o potencial dos exercícios físicos como tratamento eficaz para pessoas com transtornos ansiosos e depressivos.

REFERÊNCIAS

ARENT S, LANDERS D, ETNIER J. Os efeitos do exercício sobre o humor em idosos: Uma revisão meta-analítica. J Aging Phys Act. 2000; 8 (4): 407-30.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.

- BABYAK M, J BLUMENTHAL, HERMAN S, K KHATRI, DORAISWAMY M, MOORE K, et al. Exercício de tratamento para depressão maior: manutenção do benefício terapêutico aos 10 meses. *Psychosom Med*. 2000; 62 (5): 633-8.
- BURNHAM TR, WILCOX A. (2002). Efeitos do exercício físico em variáveis fisiológicas e psicológicas em sobreviventes de câncer. *Med. Sci. Exercício Esportivo*. 34 , 1863–1867
- CAREK PJ, LAIBSTAIN SE, CAREK SM. Exercício para o tratamento da depressão e ansiedade. *Int J Psychiatry Med*. 2011; 41: 15-28.
- CARTA MG, HARDO MC, PILU A., M. SORBA, FLORIS AL, MANNU FA, et al. (2008). Melhorando a qualidade de vida física com atividade física em grupo no tratamento adjuvante do transtorno depressivo maior . *Clin. Praticar Epidemiol. Ment. Saúde*.
- CHAPMAN DP, PERRY GS. Depressão como um componente importante da saúde pública para idosos. *Prev Dis crônico*. 2008; 5 (1).
- CHU IH, BUCKWORTH J, KIRBY TE, EMERY CF. Efeito da intensidade do exercício nos sintomas depressivos em mulheres. *Homens Saúde Phys Act*. 2009; 2 (1): 37-43.
- COTTER KA, LACHMAN ME. Sem esforço, sem ganho: preditores psicossociais de atividade física em toda a vida adulta. *J Phys Act Health*. 2010; 7 (5): 584-94.
- DALEY A. Exercício e depressão: uma revisão de revisões. *J Clin Psychol Med Configurações*. 2008; 15(2): 140-7.
- DALEY AJ, JOLLY K., SHARP DJ, TURNER KM, BLAMEY RV, COLEMAN S., et al. A eficácia do exercício como tratamento para a depressão pós-parto: protocolo de estudo. *Parto de gravidez BMC*. 2012; 12:45.
- DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS DOS EUA. Diretrizes de Atividade Física para os americanos. EUA: Bethesda; 2008.
- DESLANDES A, MORAES H, C FERREIRA, VEIGA H., SILVEIRA H, MOUTA R, et al. Exercício e saúde mental: muitas razões para se mudar. *Neuropsicologia*. 2009; 59 (4): 191-8.
- DUCLOS M., GOUARNE C., BONNEMAISON D. (2003). Efeitos agudos e crônicos do exercício sobre a sensibilidade tecidual aos glicocorticoides . *J. Appl. Physiol*.
- EVENSON KR, WEN F. Medindo a atividade física entre mulheres grávidas usando um questionário de recordatório estruturado de uma semana: evidências de validade e confiabilidade. *Int J Behav Nutr Ato Físico*. 2010; 7 21.
- GORE S, FARRELL F, GORDON J. Envolvimento esportivo como proteção contra o humor deprimido. *J Res Adolesc*. 2001; 11 (1): 119-30.
- GOTAY CC, EL KORN, MCCABE MS, MOORE TD, CHESON BD (1992). Avaliação da qualidade de vida em protocolos de tratamento do câncer: questões de pesquisa no desenvolvimento de protocolos . *J. Natl. Cancer Inst* . 84.
- HAMER M., ENDRIGHI R., POOLE L. (2012). Atividade física, redução do estresse e humor: insight sobre mecanismos imunológicos. *Métodos Mol. Biol* . 934.
- INSTITUTO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM SAÚDE E CUIDADOS. Depressão em adultos: o tratamento e tratamento da depressão em adultos. LEGAL; 2009

KERSE N., HAYMAN KJ, MOYES SA, PERI K., ROBINSON E., DOWELL A., et al. (2010). Programa de atividades domiciliares para idosos com sintomas depressivos: DeLLITE - um estudo controlado randomizado . Ann. Fam. Med . 8.

KINSER PA, BOURGUIGNON C, WHALEY D, HAUENSTEIN E. TAYLOR AG. Viabilidade, aceitabilidade e efeitos do gentil Hatha yoga para mulheres com depressão maior: achados de um estudo randomizado controlado com métodos mistos. Arch Psychiatr Nurs. 2013; 27 (3): 137-47.

KROG J, NORDENTOFT M, STERNE JA, LAWLOR DA. O efeito do exercício em adultos clinicamente deprimidos: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. J Clin Psychiatry. 2011;72 (4): 529-38.

KRUISDIJK, F. R., HENDRIKSEN, I. J., TAK, E. C., BEEKMAN, A. T., & HOPMAN-ROCK, M. (2012). Effect of running therapy on depression (EFFORT-D): Design of a randomised controlled trial in adult patients [ISRCTN 1894]. BMC Public Health, 12, 50.

LAURIN D, R VERREAULT, LINDSAY J, MACPHERSON K, ROCKWOOD K. Atividade física e risco de comprometimento cognitivo e demência em pessoas idosas. Arch Neurol. 2001; 58 (3): 498-504.

LUCASSEN PJ, MEERLO P., NAYLOR AS, VAN DAM AM, DAYER AG, FUCHS E., et al. (2010). Regulação da neurogênese adulta por estresse, perturbação do sono, exercício e inflamação: implicações para depressão e ação antidepressiva . EUR. Neuropsychopharmacol . 20, 2009.

LUYTEN P, BLATT SJ, VAN HOUDENHOVE B, CORVELEYN J. Depressão pesquisa e tratamento: estamos patinando para onde o disco vai ser. Clin Psychol Rev. 2006; 26 (8): 985-99.

MARLATT MW, LUCASSEN PJ, VAN PRAAG H. (2010). Comparação dos efeitos neurogênicos da fluoxetina, duloxetina e corrida em camundongos. Cérebro Res. 1341, 93-99.

MCNEIL JK, LEBLANC EM, JOYNER M. (1991). O efeito do exercício sobre sintomas depressivos em idosos moderadamente deprimidos. Psychol. Envelhecimento 6, 487-488.

MEAD GE, MORLEY W, CAMPBELL P., GREIG CA, MCMURDO M, LAWLOR DA. Exercício para depressão. Base de dados Cochrane Syst Rev. 2009; (3)

MEMARI AH, GHANOUNI P, S GHARIBZADEH, EGHLIDI J, ZIAEE V, MOSHAYEDI P. padrões de oscilação postural em crianças com transtorno do espectro do autismo em comparação com crianças em desenvolvimento típico. Res Autism Spectrum Disord. 2013; 7 (2): 325-32.

MEMARI AH, KORDI R, N PANAHI, NIKOOKAR LR, ABDOLLAHI M, AKBARNEJAD A. Efeito do jejum ramadan na composição corporal e desempenho físico em atletas do sexo feminino. Asian J Sports Med. 2011; 2 (3): 161-6.

MEMARI AH, ZIAEE V, BEYGIS, MOSHAYEDI P, MIRFAZELI FS. Uso excessivo de medicamentos psicotrópicos entre crianças e adolescentes com transtornos do espectro do autismo: perspectiva de um país em desenvolvimento. Res Dev Disabil. 2012; 33 (2): 563-9.

MEMARI AH, ZIAEE V, M SHAYESTEHFAR, P GHANOUNI, MANSOURNIA MA, MOSHAYEDI P. deficiências de flexibilidade cognitiva em crianças com transtornos do espectro do autismo: links para idade, sexo e resultados da criança. Res Dev Disabil. 2013; 34 (10): 3218-25.

MEROM, D., PHONGSAVAN, P., WAGNER, R., CHEY, T., MARNANE, C., STEEL, Z., ... BAUMAN, A. (2008). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. A pilot group randomized trial. Journal of Anxiety Disorders, 22(6), 959–968.

RAMOS, J. (2011). Moderate physical exercise and quality of life in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1657–1659.

NAHAS R., SHEIKH O. (2011). Medicina complementar e alternativa para o tratamento do transtorno depressivo. *Fam. Médico* 57, 659-663

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Saúde, Estados Unidos 2011 com especial destaque em status socioeconômico e saúde. Washington DC: Centro Nacional de Estatísticas de Saúde; 2011.

O'NEAL HA, DUNN AL, MARTINSEN EW. Depressão e exercício. *Int J Sport Psychol*. 2000; 31 (2): 110-35.

PELUSO MA, GUERRA DE, ANDRADE LH. A associação entre exercício e humor. *Saúde Mental Phys*. 2005.

RETHORST, WIPFLI BM, LANDERS DM. Os efeitos antidepressivos do exercício: uma meta-análise de ensaios randomizados. *Sports Med*. 2009; 39 (6): 491-511.

RIMER J, DWAN K, LAWLOR DA, GREIG CA, MCMURDO M., MORLEY W, et al. Exercício para depressão. *Banco de Dados Cochrane Syst Rev*. 2012;

ROBERTSON R, ROBERTSON A, JEPSON R, MAXWELL M. Caminhando para depressão ou sintomas depressivos: uma revisão sistemática e meta-análise. *Ment Health Phys Act*. 2012; 5 (1): 66-75.

SAXTON JM, CARTER A., DALEY AJ, SNOWDON N., WOODROOFE MN, PETTY J., et al. (2012). Intervenção do exercício pragmático para pessoas com esclerose múltipla (ExIMS Trial): protocolo de estudo para um estudo controlado randomizado . *Contemp. Clin. Ensaios pii: S1551-7144 (12) 00238-8*.

SCHUCH FB, VASCONCELOS-MORENO, FLECK MP (2011). O impacto do exercício físico na qualidade de vida em ensaios de exercício e depressão: uma revisão sistemática. *Ment. Saúde Phys*. 4, 43-48.

SEARLE A., CALNAN M., LEWIS G., CAMPBELL J., TAYLOR A., TURNER K. (2011). Opinião dos pacientes sobre atividade física como tratamento para depressão: um estudo qualitativo. *Fr. J. Gen. Pract*. 61, 149-156.

STANTON R, REABURN P. Exercício e tratamento da depressão: uma revisão das variáveis do programa de exercícios. *J Sci Med Sport*. 2014; 17 (2): 177-82.

STATHOPOULOU G, POWERS MB, CA BERRY, SMITS JAJ, OTTO MW. Intervenções de Exercício para a Saúde Mental: Uma Revisão Quantitativa e Qualitativa. *Clin Psychol Sci Prac*. 2006; 13 (2): 179-93.

STEVENS CJ, BRYAN AD (2012). Exercício de Rebranding: há um aplicativo para isso. *J. Saúde Promot*. 2 , 69-70.

STROHLE A. Atividade física, exercício, depressão e transtornos de ansiedade. *J Neural Transm*. 2009; 116(6): 777-84.

TORDEURS D., JANNE P., APPART A., ZDANOWICZ N., REYNAERT C. (2011). Eficácia do exercício físico em psiquiatria: uma abordagem terapêutica. *Encephale* 37, 345-352.

TORRES ER, SAMPSELLE CM, GRETEBECK KA, RONIS DL, VIZINHOS HW. Efeitos da atividade física sobre sintomas depressivos em adultos negros. *J Health Dispar Res Pract*. 2010; 4 (2): 70.

TOUPS, M. S., GREER, T. L., KURIAN, B. T., GRANNEMANN, B. D., CARMODY, T. J., HUEBINGER, R., ... TRIVEDI, M. H. (2011). Effects of serum brain derived neurotrophic factor on exercise augmentation treatment of depression. *Journal of Psychiatric Research*, 45(10), 1301–1306.

TRINDADE E, MENON D, TOPFER LA, COLOMA C. Efeitos adversos associados aos inibidores seletivos de recaptação de serotonina e antidepressivos tricíclicos: uma meta-análise. *CMAJ*. 1998; 159 (10): 1245-52.

TRIVEDI MH, GREER TL, CHURCH TS, CARMODY TJ, GRANNEMANN BD, GALPER DI, et al. Exercício como tratamento de aumento para transtorno depressivo maior não remitido: uma comparação de dose paralela e randomizada. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72 (5): 677-84.

TRUELAND J. (2012). Tenha cuidado, *Nurs. Stand* . 26 , 24–25

VEALEY RS. Treinamento de habilidades mentais no esporte. Em: TENENBAUM G, EKLUND RC, editores. *Manual de psicologia do esporte*. Hoboken NJ: ohn Wiley & Sons; 2007.

VEDI MH, KAMPER JB, CLARK CG, CHAMBLISS HO. Exercício de tratamento para depressão: eficácia e resposta à dose. *Am J Prev Med*. 2005; 28 (1): 1-8.

WHALEY D. E. Ver nem sempre é acreditar: autopercepções e comportamentos de atividade física em adultos. Em: Weiss MR, editor. *Esporte de desenvolvimento e psicologia do exercício: uma perspectiva de vida*. Morgantown WV: Fitness Information Technology; 2004.

WILLIAMS, D. M., DUNSIGER, S., CICCOLO, J. T., LEWIS, B. A., ALBRECHT, A. E., & MARCUS, B. H. (2008). Acute affective response to a moderate-intensity exercise stimulus predicts physical activity participation 6 and 12 months later. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(3), 231–245.

WISE LA, ADAMS-CAMPBELL LL, PALMER JR, ROSENBERG L. Atividade física de lazer em relação a sintomas depressivos no Estudo de Saúde da Mulher Negra. *Ann Behav Med*. 2006; 32 (1): 68-76.

GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ADOECIMENTO PSÍQUICO COMO REFLEXO AO TRABALHADOR

Rodrigo Scalabrin

Universidade Federal de Roraima – UFRR
Boa Vista – Roraima

Darlim Saratt Mezomo

Universidade Federal de Roraima – UFRR
Boa Vista – Roraima

Keila Rodrigues da Fonseca

Universidade Federal de Roraima – UFRR
Boa Vista – Roraima

Régia Cristina Macêdo da Silva

Universidade Federal de Roraima – UFRR
Boa Vista – Roraima

Sandra Maria Franco Buenafuente

Universidade Federal de Roraima – UFRR
Boa Vista – Roraima

RESUMO: Esse trabalho trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de abordagem qualitativa. Foi realizada uma busca e leitura exploratória de artigos, livros e textos on-line, período de publicação de 2007 a 2017, para se ter uma visão global do material, seguido de uma análise dos mesmos. Foi feito um levantamento na base de dados SCIELO e em outros periódicos não indexados, também em livros que tratam do assunto. O objetivo deste estudo foi caracterizar o processo das políticas de gestão em saúde e seus reflexos na saúde dos trabalhadores. Também tivemos como

objetivos específicos: descrever o processo de gestão do trabalho em saúde; identificar fatores organizacionais que geram adoecimento nos profissionais de saúde; correlacionar a precarização do trabalho com o adoecimento; realizar pesquisas relacionadas a saúde do trabalhador em saúde no Brasil. Foi abordada a evolução da administração pública em saúde, assim como as políticas públicas que foram sendo construídas, até o modelo atual de gestão em saúde. A partir daí, foi desenvolvida a exploração de aspectos envolvidos na relação saúde/adoecimento relacionadas ao trabalho. Concluímos que a gestão dos recursos humanos em saúde é fator preponderante para promover saúde ou gerar adoecimento aos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, Gestão em Saúde, Saúde do Trabalhador.

HEALTH MANAGEMENT IN CONTEMPORARY BRAZIL: PSYCHIC ADVOCACY AS A REFLECTION TO THE WORKER

ABSTRACT: This work is a bibliographical review of a qualitative approach. An exploratory search and reading of articles, books and online texts was carried out, publication period from 2007 to 2017, to have an overview of the material, followed by an analysis of the same. A survey was made in the SCIELO database and

in other non-indexed journals, also in books that deal with the subject. The objective of this study was to characterize the process of health management policies and their impact on workers' health. We also had specific objectives: to describe the process of health work management; to identify organizational factors that cause illness in health professionals; to correlate the precariousness of work with illness; research related to the health worker's health in Brazil. The evolution of the public administration in health was discussed, as well as the public policies that were being constructed, up to the current model of health management. From that point on, the exploration of aspects involved in the health / illness relationship related to work was developed. We conclude that the management of human resources in health is a preponderant factor to promote health or generate sickness to workers.

KEYWORDS: Public Policies, Health Management, Worker Health.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o trabalho constitui um importante, se não o principal, determinante da forma de organização das sociedades, sendo o meio através do qual o homem constrói o seu ambiente e a si mesmo. Após a revolução industrial, a forma de trabalho instituída resultou em uma perda de poder do trabalhador sobre seu trabalho e do significado do mesmo, de modo que o trabalho passou a constituir uma fonte de sofrimento para o indivíduo e de deterioração de sua qualidade de vida.

O trabalho é a atuação do indivíduo, por meio de produção, com o objetivo de transformar o objeto em produtos que tenham alguma utilidade. E o processo de trabalho é o modo como essa transformação ocorre. Com o desenvolvimento humano, ocorrem crescentes críticas acerca dos processos de trabalho, quanto mais complexo for, mais sujeito a críticas e reflexões a respeito.

Ocorreram 'diversas mudanças no cenário do trabalho desde as décadas de 50 a 70, marcadas pelos modelos taylorista e fordista, que tratavam de duas formas de organização do trabalho caracterizado pela pouca autonomia do trabalhador, além da centralização do trabalho.

No setor público, a partir da década de 80 inicia-se um processo de modernização da gestão. A compreensão e exigência por parte da sociedade de uma administração de qualidade, que preste serviços de excelência e com resultados satisfatórios, coloca as pessoas como recurso essencial para o alcance destes resultados, pois são as pessoas que transformam os demais recursos institucionais em atividades úteis para o cliente.

Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como um dos princípios a descentralização da gestão e das políticas de saúde, o papel do Estado muda e passa assumir também um papel de gestor de políticas públicas.

A gestão do trabalho foi fundamental para consolidação do SUS. Trata-se de um sistema integrado de ações e serviços de saúde, um sistema descentralizado,

(MACHADO, et al 2011), que requer a criação de novos modelos de gestão além de maior entendimento acerca de sua complexidade.

É a partir dessa gestão do trabalho que existe a possibilidade de que se promova saúde para os trabalhadores, ou que devido aos diversos fatores envolvidos, venham contribuir para o adoecimento desses trabalhadores. Se considerarmos que esses trabalhadores em saúde são as pessoas que cuidam da saúde da população em geral, e estiverem adoecendo, existirá assim uma grande probabilidade que as consequências possam refletir na sociedade.

Assim, esse estudo tem o objetivo de caracterizar o processo das políticas de gestão em saúde e seus reflexos na saúde dos trabalhadores. Buscou-se descrever o processo de gestão do trabalho em saúde, identificando fatores organizacionais que geram adoecimento nos profissionais de saúde e correlacionando a precarização do trabalho com o adoecimento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de abordagem qualitativa. Foi realizado uma leitura exploratória de artigos, livros e textos on-line, período de publicação de 2007 a 2017, para se ter uma visão global do material, seguido de uma análise dos mesmos. Realizou-se o levantamento na base de dados SCIELO e em outros periódicos não indexados, também em livros que tratam do assunto. As palavras chave que orientaram a pesquisa foram: Políticas Públicas, Gestão em Saúde, Saúde do Trabalhador.

O desenvolvimento desse estudo foi dividido em partes, iniciando com a conceituação de Administração Pública, que retoma aspectos históricos que influenciaram a construção da forma de gerir os serviços públicos, assim como as políticas que foram se desenvolvendo ao longo deste período, até chegar na atual gestão do trabalho e seus desdobramentos, para contextualizar.

Posteriormente foi abordado sobre a saúde do trabalhador, que explora os aspectos que contribuem para a qualidade de vida no trabalho e também os favorecem o adoecimento em detrimento das condições/relações de trabalho.

3 | SOBRE A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A evolução pela qual passou a administração pública brasileira, desde o descobrimento do Brasil, se divide em três modelos, quais sejam: administração pública patrimonialista, a administração pública burocrática e a administração pública gerencial.

A primeira, segundo Brasil (2011), tem como características a percepção do aparelho do Estado como uma extensão do poder do soberano. Os cargos são negociados em troca de fidelidade cega. O bem público não é diferenciado do

bem privado do soberano. Em consequência desta forma de pensamento, têm-se corrupção e nepotismo. Com o domínio do capitalismo e da democracia, este tipo de administração passa a ser repudiado.

Então, surge na metade do século XIX, a administração pública burocrática, que ainda segundo Brasil (2011), nasce como forma de combater a corrupção e o nepotismo do modelo anterior. Tem como princípios a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em suma, o poder racional legal. Para tanto, são necessários controles rígidos e por vezes excessivos, de forma a garantir que o gestor não se aproveite de seu poder para gerar benefícios diretamente para si mesmo ou para seus amigos.

A partir da década de 50, entra em cena o modelo atual de administração pública, o gerencial. Este modelo ganhou mais força com a Reforma Administrativa promovida pela emenda constitucional nº 19/98. Nesta fase, o foco é a busca pela eficiência na administração pública. Existe a necessidade tanto de redução de custos como de aumento da qualidade na prestação dos serviços com foco no resultado. A forma de pensar neste período é regida por uma cultura gerencial, ou seja, uma busca por agilidade e eficiência nos processos, tão rígidos e complexos a partir da administração burocrática. BRASIL (2011)

Com esta caracterização, pode-se observar que houve uma evolução na forma de administrar o setor público, porém, o leitor pode perceber facilmente que, ainda é possível encontrar características das duas fases anteriores com bastante facilidade na administração pública atual, isso provavelmente por se tratar do desenvolvimento de uma cultura administrativa, que mesmo evoluindo, guarda resquícios de fases anteriores.

Mas podemos dizer que, de uma maneira totalmente centralizada, concentração do poder nas mãos do soberano, tem-se agora a democracia, que pelo próprio conceito, seria uma forma de governo em que o povo exerce a soberania. Ou como diz o dicionário Ferreira (2010), democracia é o governo do povo.

Então, surge o questionamento. Em que momento surge a ideia de políticas públicas? Segundo Kanaane et al. (2010)

As políticas públicas são disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Elas refletem a ação intencional do Estado junto a sociedade.

A ideia de política pública surge justamente na época do nascimento da administração pública gerencial, que visa o resultado e assim, conforme Heidemann e Salm (2009), ao invés de uma preocupação somente com a máquina pública, utiliza-se esta máquina, como meio para minorar problemas sociais, globais e setoriais. Assim, a máquina-pública é o meio para o alcance dos resultados, que seria a resolução de problemas, os mais diversos, definidos nas políticas eleitas. Nesta concepção, a maior

preocupação é com a eficácia social do governo.

Neste contexto de busca pela eficiência e eficácia das ações governamentais, iniciam-se discussões sobre a questão de recursos humanos. A importância das pessoas no processo produtivo, como um recurso que pode gerar diferencial, já estava sendo ressaltada pelas teorias administrativas da época, tais como, teoria das Relações Humanas, Comportamental, Desenvolvimento Organizacional, Administração por Objetivos, entre outras, desde a década de 30; mas na administração pública, em especial na Gestão do Sistema de Saúde, apesar das diversas Conferências Nacionais de Saúde, desde a década de 50 até meados de 80, a preocupação dos gestores públicos nesta área voltava-se para o financiamento e a organização da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Somente a partir da década de 80, com todas as exigências do novo modelo de gestão de administração pública requerido pela sociedade, o trabalhador passa a ser o centro do processo ampliando as discussões sobre a gestão do trabalho, de forma a proporcionar ao serviço público, servidores capacitados, aptos a contribuir para uma gestão eficiente e eficaz que se espera a partir de agora (BRASIL, 2011)

No setor de saúde, a criação do SUS, proporcionou para os trabalhadores, gestores e usuários um novo olhar acerca da saúde, além de uma nova forma de produzir serviços de saúde. A gestão do trabalho foi fundamental para consolidação do SUS. Trata-se de um sistema integrado de ações e serviços de saúde, um sistema descentralizado. (MACHADO, et al 2011)

Na década de 90 foi elaborado a Norma Operacional Básica – RH, que coloca o trabalhador no centro do processo de trabalho, fazendo-se necessário a qualificação do trabalho e trabalhadores.

Atualmente ocorre maior autonomia do trabalhador no serviço, novas formas de contrato, novas relações de trabalho, mudanças tecnológicas, desse modo há demandas de novas competências por parte dos trabalhadores e gestores.

A gestão do trabalho na administração pública brasileira relaciona-se ao contexto político e econômico mundial e pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho, e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho. (CONASS, 2015, p. 15).

A gestão do trabalho na área da saúde requer entendimento acerca de sua complexidade, além de novos modelos de gestão, tais como:

- Gestão da qualidade: Trata-se da tendência cada vez mais forte da utilização de ferramentas para prestação de serviços com qualidade na área da saúde. A qualidade é um diferencial nos serviços, pois a mesma diminui gastos, retrabalhos aumento de produtividade e satisfação dos clientes. (COTA; FREITAS, 2013)

- Redes de atenção à saúde: As redes é um sistema de atendimento organizado e inter-relacionado, que possui um modelo de atenção integrado e visa o atendimento de qualidade, contínuo e humanizado ao indivíduo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015)
- Gestão estratégica: É a análise e acompanhamento das estratégias das organizações de modo que seus objetivos sejam cumpridos. No serviço público refere-se ao exercício do diálogo e pactuação das diferenças visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
- Gestão participativa – cogestão: Trata-se da participação dos usuários e valorização dos profissionais na construção do Sistema Único de Saúde, participação essa realizada por meio dos conselhos e conferências de saúde e regulamentada pela lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990. (CUNHA, MAGAJEWSKI, 2012)

Nesse contexto, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de impactar as demais políticas e interferir na qualificação da atenção e gestão do Sistema Único de Saúde. Além de produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores e gestores, novas éticas no campo de trabalho superando os desafios.

A criação da PNH, hoje reconhecida como HumanizaSUS se deu com a intenção de pôr em prática os princípios do SUS na dinâmica diária dos serviços de saúde públicos que são ofertados à população. O objetivo é produzir mudanças nos modos de gerir as ações do SUS, através da inclusão de trabalhadores, usuários e gestores nas ações e decisões de gestão assim como nas formas de cuidar das pessoas. Essa articulação possibilita que eles construam juntos processos coletivos de enfrentamento de relações de poder (BRASIL, 2013).

Apesar de todas as transformações ocorridas na gestão do trabalho ao longo dos anos, desde as civilizações antigas, revolução industrial, criação dos Sistema Único de Saúde e os diversos modelos de gestão, principalmente no que se refere ao setor público, considera-se que há modelos de gerenciamento que contrariam o modelo proposto pelo SUS. Condições de trabalho insalubres, cansaço intenso do trabalhador, desvalorização do trabalhador (PAIVA, et al, 2010)

4 | SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador compõe uma área de conhecimento da saúde pública que tem como objeto de estudo e intervenção os fenômenos relacionados ao trabalho e à saúde. O objetivo desses estudos sobre a saúde do trabalhador é desenvolver ações de controle e vigilância de possíveis agravos à saúde em decorrência do trabalho. Neste campo do saber, destacamos a necessidade da interdisciplinaridade, ou seja, a junção de saberes distintos que podem englobar desde o conhecimento do próprio trabalhador sobre as atividades que ele desempenha e qual a finalidade dessas atividades, até a inclusão de outras áreas do saber como, por exemplo, a sociologia.

(ROUQUAYROL et. al., 2013).

A organização Internacional do Trabalho estimou que 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos em virtude de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho, sendo 2,02 milhões (86,3%) causados por doenças relacionadas à execução do trabalho e 321 mil em consequência de acidentes de trabalho. São 6.300 mortes diárias relacionadas ao trabalho, destas 5.500 causadas por doenças relativas ao trabalho (OIT, 2013). Quando estudamos a *saúde do trabalhador em saúde*, percebemos que estes comumente se expõem a diversos riscos para a sua saúde durante a execução do trabalho. São riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes (ALMEIDA et. al., 2012).

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), que elaborou um Anuário Estatístico da Saúde do Trabalhador em 2015, nos demonstra alguns dados interessantes sobre os trabalhadores em saúde. Neste Anuário identificamos que as atividades de atendimento hospitalar chegam a representar a 5ª atividade econômica com maior número de afastamentos por acidente típico de trabalho em 2014, e fica em 2º lugar quando se trata da atividade econômica com maior número de afastamentos por doença ocupacional em 2014. Veja:

TABELA 46 Classificação das 20 atividades econômicas com maior número de afastamentos por acidente típico de trabalho em 2014 - Brasil, 2007 e 2014 (em nº abs.)		
Atividade econômica⁽¹⁾	2007	2014
Administração pública em geral	9.581	22.452
Construção de edifícios	9.189	12.733
Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional	7.297	9.350
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados	5.585	7.993
Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências	3.529	5.510
Bancos múltiplos, com carteira comercial	3.519	4.881
Fabricação de açúcar em bruto	5.501	4.609
Restaurantes e similares	2.730	4.339
Criação de bovinos para corte	3.891	4.023
Limpeza em prédios e em domicílios	4.427	3.813
Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, municipal	2.883	3.734
Atividades do Correio Nacional	2.725	3.461
Fabricação de móveis com predominância de madeira	3.481	3.138
Atividades de vigilância e segurança privada	2.241	3.057
Fabricação de álcool	1.752	2.911

(DIEESE, 2016, p. 144)

TABELA 45 Classificação das 20 atividades econômicas com maior número de afastamentos por doença ocupacional em 2014 - Brasil, 2007 e 2014 (em n ^{os} abs.)		
Atividade econômica ⁽¹⁾	2007	2014
Administração pública em geral	32.639	51.894
Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências	1.828	6.203
Construção de edifícios	2.066	5.089
Fabricação de compressores para uso não industrial, peças e acessórios ⁽²⁾	0	3.372
Bancos múltiplos, com carteira comercial	2.597	3.221
Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, municipal	2.095	3.016
Atividades de vigilância e segurança privada	846	2.626
Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários	3.593	2.454
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados	1.756	2.439
Restaurantes e similares	1.384	2.432
Limpeza em prédios e em domicílios	2.652	2.346
Incorporação de empreendimentos imobiliários	148	2.224
Atividades de teleatendimento	471	1.967
Atividades de transporte de valores	695	1.760
Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional	1.579	1.735

(DIEESE, 2016, p. 142)

Quanto às ocupações com maiores ocorrências de notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico, das quatorze ocupações que mais se expõem, nove dessas categorias de ocupações de trabalhadores são da área da saúde. Veja também nessa outra tabela:

TABELA 71 Classificação das 20 ocupações com maiores ocorrências de notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico - Brasil, 2014		
Ocupação	Acidente de trabalho com exposição a material biológico	
	N ^o absolutos	Em %
Técnicos e auxiliares de enfermagem	23.466	49,6
Enfermeiros e afins	3.998	8,5
Médicos	3.459	7,3
Trabalhadores nos serviços de coleta de resíduos, de limpeza e conservação de áreas públicas	2.904	6,1
Cirurgiões-dentistas	1.445	3,1
Técnicos de odontologia	935	2,0
Auxiliares de laboratório da saúde	784	1,7
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	744	1,6
Tintureiros, lavadeiros e afins, a máquina	422	0,9
Farmacêuticos	323	0,7
Auditores fiscais do trabalho	316	0,7
Fisioterapeutas	300	0,6
Agentes, assistentes e auxiliares administrativos	299	0,6
Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde	239	0,5
Técnicos de laboratório industrial	218	0,5
Operadores do comércio em lojas e mercados	174	0,4

(DIEESE, 2016, p. 198)

Para lidar com esses problemas de saúde do trabalhador, em 2002, através de uma Portaria Ministerial de nº 1.679/2002, foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), que têm como função:

[...] suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, proteção e vigilância, de organizador da referência e contrarreferência para a rede de assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência, de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, atuando como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (BRASIL, 2002).

Perceber a influência e a importância na qual o trabalho tem na saúde de seus trabalhadores, e considerando esta relação intrínseca entre trabalho e saúde, torna-se importante destacar o papel da gestão para promover saúde ou adoecimento de seus trabalhadores. Faz-se necessário discutir a respeito da precarização do trabalho em saúde.

Uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontra-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. (FIOCRUZ, 2009, p.02)

A atual gestão do Brasil claramente tem demonstrado uma tendência de corte de verbas para a saúde, por exemplo, o Projeto de Emenda à Constituição 241 que cria teto de gastos para a saúde. E o que isso significa para o trabalhador em saúde? Significa redução de funcionários, de materiais e equipamentos, aumento de trabalho (pois a demanda continuará de forma crescente conforme o aumento da população), piora das condições de trabalho, as relações interpessoais tanto entre colegas de trabalho assim com o público atendido. Enfim, os resultados desta precarização podem trazer prejuízos para a saúde da população como um todo.

E quais as consequências para a saúde do trabalhador todas essas situações de precarização do trabalho? Inevitavelmente é o adoecimento psíquico. A falta de reconhecimento e a desvalorização do trabalhador são fatores preponderantes para aumentar o nível de ansiedade e o nível de estresse destes, tendo implicações não só psicológicas, mas também para sua saúde física e para seus relacionamentos sociais (MENDES, 2011). Hipertensão, problemas ergonômicos, estresse agudo, alcoolismo, existem inúmeras formas desses adoecimentos virem à tona com consequências danosas à saúde do trabalhador.

A psicodinâmica do trabalho estuda as relações entre trabalhador e organizações de trabalho a partir de suas implicações psíquicas. Segundo Ana Magnólia Mendes (2011) o trabalho coloca o sujeito entre a emancipação e servidão, ou seja, pode ser

fonte de sofrimento assim como tem a potência e transformar-se em fonte de prazer.

Segundo Dejours (1992), devemos levar em consideração três componentes da relação entre o trabalhador e a organização do trabalho:

- A fadiga: faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade;
- O sistema frustração-agressividade reativa: deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional;
- A organização do trabalho: como correia de transmissão de uma vontade externa que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações.

“O defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas.” (DEJOURS, 2011 p. 31)

5 | CONCLUSÃO

As consequências advindas da dinâmica do trabalho que atualmente permeiam as políticas públicas relacionadas à gestão em saúde colocam alguns problemas que demonstram a generalização da precarização do trabalho em saúde. A diminuição do número de funcionários públicos com a sua substituição crescente por funcionários terceirizados e não estatutários; a subordinação dos funcionários públicos que ainda permanecem à gestão privada, submetidos a piores condições de trabalho e o crescente número de trabalhadores terceirizados com contratos precários, tendo seus direitos sistematicamente desrespeitados; esses e outros desdobramentos advindos da atual gestão em saúde no Brasil vêm corroborando para a desconstrução do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, concluímos que a gestão dos recursos humanos em saúde é fator preponderante para promover saúde ou gerar adoecimento em todos os cidadãos brasileiros. Consideramos também que qualquer reforma (política, previdenciária, trabalhista...) que modifique os direitos e garantias dos trabalhadores (sejam eles em saúde, ou não) devem ser precedidas por uma ampla discussão com a sociedade e com pesquisadores especialistas na área.

E finalizando, reiteramos o papel de todas (os) cidadãos brasileiros como responsáveis em criar mecanismos de resistência contra abusos de poder e desmandos de autoridades, com a finalidade de construir um país menos adoecido pela exploração e mercantilização do trabalho e da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, et. al. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 1(1): 142-154, Salvador, dez. 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. (Org.). **A Gestão do Trabalho e**

da Educação na Saúde. Brasília: Conass, 2015. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Participasus: Política Nacional de Gestão estratégica e Participativa no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.** Portaria GM nº 1679 de 19 de setembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COTA, Kely Alves; FREITAS, Maria Amália Marques de. Gestão da qualidade, um desafio permanente: um estudo de caso sobre o processo de manutenção de um sistema de qualidade em uma indústria metalúrgica. **Produto e Produções**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 2, p.59-71, jun. 2013.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão Participativa e Valorização do Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.71-79, 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SÓCIO ECONÔMICOS (DIEESE). **Anuário da saúde do trabalhador 2014.** São Paulo: DIEESE, 2016. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/anuario/2016/Anuario_Saude_Trabalhador.pdf> Acesso em 23 de maio de 2017.

HEIDEMANN, Francisco G; SALM, José Francisco (org). **Políticas Públicas e Desenvolvimento:** bases epistemológicas e modelos de análises. Brasília: Editora universidade de Brasília, 2009. 340 p.

KANAANE, Roberto et al (org). **Gestão Pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas.** São Paulo: Atlas, 2010. 264p.

MARANHÃO. Universidade Federal do Maranhão. Ministério da Saúde (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: A Atenção à Saúde Organizada em Redes.** São Luís: Una Sus, 2015. 42 p.

MENDES, A. M. (Org). **Trabalho e saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão.** Curitiba: Juruá, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS.** Brasília, DF: OPAS, 2011.

OLIVEIRA, N. T. O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. **Repositório Institucional.** Porto Alegre: PUCRS, 2009.

ROUQUAYROL. M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde.** 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736p.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: Feições de um antigo problema. In: M.G. Jacques & W. Codo (Org.), **Saúde mental & trabalho:** Leituras (pp. 31-49). Petrópolis: Vozes, 2002.

SILVA, Reinaldo O da. **Teorias da Administração. 2. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil,** 2013. 492 p.

LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA DE LA SALUD PUBLICA GLOBAL

Adriana Lucia Acevedo-Supelano

Universidad El Bosque, Facultad de Medicina.
Bogotá DC. – Colombia

Camilo José González-Martínez

Universidad El Bosque, Facultad de Ingeniería
Bogotá DC. – Colombia

Maximiliano Bustacara-Díaz

Universidad El Bosque, Facultad de Medicina.
Bogotá DC. – Colombia

Luis Alejandro Gómez-Barrera

Universidad El Bosque, Facultad de Medicina.
Bogotá DC. – Colombia

RESUMEN: La salud mental se encuentra cimentada en muchos conceptos y documentos expedidos desde hace bastantes años por entes como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otras. Todas estas fundamentaciones teóricas basadas principalmente en un modelo biomédico, entrado en desuso y cuestionado por sus prácticas consideradas como deshumanizadas y cuyo protagonista único es la enfermedad.

Las políticas públicas que nacen de estos conceptos rígidos y alejados de la realidad no han generado los resultados esperados, cifras alarmantes en relación con trastornos mentales que traen consigo gran cantidad de

consecuencias familiares, sociales, culturales y hasta laborales. Esto es porque no se ha podido entender, que la salud mental no es un fenómeno rígido y estático, hay una diversidad infinita de situaciones entorno a ella y por consiguiente la propuesta es la formulación de una salud mental global desde la construcción de unas políticas públicas que incorporen los cambios de la realidad.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental Global, Políticas Públicas, Salud pública.

MENTAL HEALTH: A PROBLEM OF GLOBAL PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: Mental health is based on many concepts and documents issued several years ago by organism such as the World Health Organization and the Panamerican Health Organization, among others. All these theoretical foundations based mainly on a biomedical model, are no longer in use and have been questioned because of its dehumanized practices, whose only protagonist is the disease.

Public policies that are born from these rigid concepts and far from reality have not generated the expected results, them bring alarming figures in regard to mental disorders and a large number of family, social, cultural and even work-related consequences. This because it has not been possible to understand, that mental health

is not a rigid and static phenomenon, there is an infinite diversity of situations around it and therefore the proposal is the formulation of a global mental health built from public policies that recognize the changes of reality.

KEYWORDS: global mental health, public policies, Public health.

1 | INTRODUCCIÓN

América es un continente lleno de contrastes, con países como Colombia enmarcados en una de las guerras más antiguas del continente, en los albores de un postconflicto aceptado por pocos y transgredido por muchos, junto con otros países con realidades cotidianas de violencia, maltrato intrafamiliar, violaciones, pobreza extrema, desplazamiento forzoso, desigualdad social y muchos otros aspectos que han generado en la población desequilibrios sociales extremos.

Los gobiernos de turno se han conformado con diseñar e implementar políticas públicas y la salud mental es un claro ejemplo, se han formulado políticas aplicables a la salud mental, enmarcadas en los rigores y formalidades de la salud pública mundial.

Se ha considerado que algunas personas y grupos pueden correr un riesgo mayor de sufrir trastornos mentales, como aquellas familias que viven en extrema pobreza, problemas de salud crónicos, niños expuestos al maltrato y abandono, abuso de sustancias, poblaciones indígenas, aquellos grupos vulnerables sometidos a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, comunidad LGTBIQ, personas expuestas a conflictos, desastres naturales, emergencias humanitarias, entre otras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Esta es la corriente que se ha globalizado, como una muestra está el capítulo 4 del Informe sobre la salud en el mundo, elaborado por la Organización Mundial de la salud, llamado: *“Políticas públicas para la salud pública”*, en el que se predica el enorme potencial y grandiosos resultados que se podrán obtener con la creación e implementación de políticas públicas en salud unidas a otros sectores para garantizar la salud de las comunidades (OMS, 2008).

La salud mental ha ido escalando importancia en la agenda de la salud pública global durante los últimos años, ya que los trastornos mentales tienen en su haber gran parte de la carga general de las enfermedades que aquejan al ser humano, tal como lo muestra la medida de pérdida de años saludables por enfermedad o por lesión conocida como DALY por su nombre en inglés (Disability – Adjusted life years), esta medición muestra que para los trastornos mentales corresponde al 30% de las enfermedades no infecciosas teniendo un mayor impacto que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Tejada, 2016).

Razón por la cual, para la Organización Mundial de la Salud, la salud mental deberá ser un eje fundamental en cuanto a la salud y política social (OMS, 2001), dando además un punto primordial a la investigación vinculada a la salud mental desde la perspectiva de la salud pública (Barrero, 2017).

El presente capítulo establece una propuesta para abordar la salud mental como un campo en construcción, considerando que una verdadera salud pública debe enfrentar un reto tan grande como lo es lograr una adecuada atención y abordaje desde múltiples escenarios en los que participen diferentes actores.

1.1 Anfibología entre enfermedad y salud mental

La anfibología o confusión que existe cuando se trata del binomio salud mental y enfermedad mental es propia de todos los ámbitos, es histórica y sigue presente, se materializa entre otras, cuando se hace referencia a los que son considerados como trastornos mentales y del comportamiento, y se hace alusión indistintamente al uno o al otro como salud mental, Gerald Caplan en el año de 1966 en su texto *“Psiquiatría preventiva”*, presenta un modelo conceptual de factores del trastorno mental y los enuncia como factores de salud mental determinando tres tipos: físicos, psicosociales y socioculturales (Sanín, 1977).

También en la Organización Mundial de la Salud se refleja con la definición clásica de salud y que se complementa posteriormente como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2001).

Estos son claros ejemplos de la forma en que se hace alusión a salud mental y enfermedad mental de forma indistinta casi como si fueran sinónimos, existiendo una discusión en cuanto a su conceptualización ya que se hace referencia en distintos ámbitos como el social, cultural, académico y clínico (Macaya, et. 2018).

A lo largo de la historia se han intentado diferentes definiciones de salud mental, como para Emiliano Galende «el concepto de salud mental es sinónimo de enfermedad mental, el padecimiento queda situado en el escenario individual de la existencia de las personas afectadas. El objeto no es la enfermedad sino un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional» (Fernández, 2012).

Según el Informe sobre la salud en el mundo de la OMS en su versión 2001, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, siendo más gravosa la situación de los países de bajos ingresos, en la que pensar en la atención de una enfermedad mental no es posible. Los países en desarrollo no tienen un panorama más alentador ya que la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía deberán las personas quienes las padecen encargarse de su tratamiento ya que los sistemas de salud se quedan cortos en su cobertura (OMS, 2001), aunándose a que estos trastornos se convierten en su gran mayoría en enfermedades crónicas pero que no van a tener la misma relevancia para los sistemas que las llamadas enfermedades físicas.

1.2 De una salud mental local a una salud mental global

La salud mental es un componente que ha estado presente dentro de los estudios que se han realizado durante las últimas décadas en salud, pero en el contexto global no ha sido enunciada claramente, tal vez la primera referencia que se hizo al respecto

fue en la declaración de Alma Ata con el postulado “Salud para todos en el año 2000”, mientras que en proyectos mucho más ambiciosos para la salud global como las Metas para el Desarrollo del Milenio, fue totalmente ignorada siendo claro que para las agendas políticas del momento no era importante pensar en la salud mental como un proyecto global (Fuente, 2018).

La perspectiva inicial sobre la salud mental mundial se caracterizó por dos enfoques históricos, que fueron: el enfoque de los antropólogos y psiquiatras culturales que analizaban los trastornos mentales como propios de las fuerzas culturales y sociales y el enfoque ético de los médicos y epidemiólogos que analizaron los trastornos mentales, como semejantes a los producidos por entes biológicos (The Lancet, 2018).

En los años 70s hace su aparición la psiquiatría transcultural que busca combinar estos dos enfoques y se empieza a dar una base a los trastornos mentales y sus influencias contextuales y culturales. De aquí entonces es que emerge la salud mental global y toma como base cuatro cimientos que fueron: en primer lugar, la naturaleza de los trastornos mentales y en consecuencia su intervención, en segundo lugar, lo que se conoció como el proceso de desinstitucionalización, es decir cambiar el lugar donde se proporcionaba la atención de la salud mental y la integración a la atención primaria en salud que reemplazo los hospitales psiquiátricos.

Un tercer aspecto fue el trabajo interdisciplinario de los profesionales “la salud mental es un asunto de todos” y por último fue la reivindicación de los derechos de los pacientes con trastornos mentales y que fueron reconocidos por el lema “*Nada sobre nosotros sin nosotros*” (The Lancet, 2018).

Llevando entonces a la construcción de una disciplina de la salud mental global enmarcada en: (The Lancet, 2018).

- Determinantes sociales de los trastornos mentales: se consideran factores de riesgo para la aparición y persistencia de los trastornos mentales: la pobreza, adversidad en la niñez, violencia, grandes desequilibrios sociales, etc.
- Carga mundial de morbilidad atribuible a los trastornos mentales: se obtuvo un gran avance a partir de 1996 con la medición de años de vida ajustados por discapacidad que permitió comparar la carga de los trastornos mentales con otras condiciones de salud y arrojaron datos escalofriantes como que para el 2010, 13 millones de muertes se produjeron en personas con trastornos mentales.
- Las inversiones inadecuadas en el cuidado de la salud mental ya que han sido de menos del 1% del presupuesto de los países de bajos ingresos.
- La casi ausencia de acceso a una atención de calidad a nivel mundial ya que al no existir inversión no existe atención a las personas con algún tipo de trastorno mental.

1.3 Situación actual de la salud mental global

Desde la iniciativa conocida como “Los grandes retos de la salud mental global” realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y la Alianza Global para las enfermedades crónicas se ha buscado motivar en los distintos ámbitos, la importancia que tienen las enfermedades mentales y neurológicas en el peso global de la enfermedad al igual que muchas otras enfermedades crónicas no transmisibles (Fuente, 2018).

Para realizar un esquema del panorama actual basado en cifras, es importante retomar la medida de los DALY, fórmula que ha sido convencionalmente aceptada para medir el peso o la carga de la enfermedad y que en este caso se desarrolla en función de las muertes prematuras o la discapacidad que una enfermedad determinada genera a lo largo de un año (Fuente, 2018). Así:

	DALY (millones)
1. Depresión unipolar	65.5
2. Consumo de alcohol	23.7
3. Esquizofrenia	16.8
4. Trastorno afectivo bipolar	14.4
5. Alzheimer y otras demencias	11.2
6. Consumo de drogas	8.4
7. Epilepsia	7.9
8. Migraña	7.8
9. Pánico	7.0
10. Trastorno obsesivo – compulsivo	5.1
11. Insomnio primario	3.6
12. Estrés postraumático	3.5
13. Parkinson	1.7
14. Esclerosis múltiple	1.5

Tabla 1. Peso global de las enfermedades neuropsiquiátricas

(Fuente, 2018)

Es tan alarmante la situación y lo que parece ser un futuro condenado al incremento de las enfermedades neuropsiquiátricas, que la Organización Mundial de la salud, en su página trae un acápite que titula “10 Datos sobre la salud mental” y cuyas cifras hacen un llamado a un análisis más profundo por parte de todos los actores de la salud pública global (OMS, 2019). Estos son:

1. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales: siendo los trastornos neuropsiquiátricos una de las principales causas de discapacidad entre los jóvenes.
2. Los trastornos mentales y los ligados al consumo de sustancias son la causa

del 23% de los años perdidos por discapacidad.

3. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años. Por cada adulto que se suicida hay más de 20 adultos que lo intentan y cada año se suicidan más de 800.000 personas.

4. La incidencia de los trastornos mentales tiene a duplicarse después de episodios de guerra y catástrofes.

5. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como el VIH, enfermedades cardiovasculares o la diabetes.

6. La estigmatización y discriminación de los enfermos y familiares disminuyen una atención adecuada.

7. Son frecuentes las violaciones de los derechos humanos a las personas con discapacidad mental o psicológica. No existe reglamentación legal para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales.

8. Escasez de personal interdisciplinario para ofrecer tratamiento y atención a los pacientes, los países con ingresos bajos cuentan con 0.05 médicos psiquiatras y 0.42 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 habitantes.

9. Superación de cinco obstáculos claves: la no inclusión de la atención de la salud mental en los programas de salud pública y las consecuencias desde su no financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental, y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.

10. Incremento de los recursos financieros, actualmente son de 2 dólares por persona al año en los países de ingresos bajos y aumentado en uno o dos dólares en los países de ingresos medios.

Las cifras son alarmantes a nivel mundial y América no es ajena, actualmente hace parte del programa de la Agenda de salud sostenible 2018-2030, que contempla lo referente a la salud mental en su Objetivo 9: “*Enfermedades no transmisibles*”: El alcance de este objetivo es de gran envergadura ya que hace referencia a que su propósito es reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, enunciando un grupo de enfermedades con las cargas más altas dentro de la salud global: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y trastornos de salud mental uniendo además a la lista a la discapacidad, la violencia y los traumatismos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

La carga mundial de morbilidad atribuible a los trastornos mentales ha aumentado en todos los países del mundo, cuya explicación puede fundamentarse en el envejecimiento de la población, el estrés, las autolesiones, violaciones de derechos humanos y abuso generalizado, llevando a que de las diez principales causas de

discapacidad en todo el mundo, cinco son por enfermedades mentales (Silberner, 2018). Sumando además las consecuencias en materia laboral y los costos que generan las incapacidades y disminución en la producción por parte de estas patologías.

1.4 La salud mental y la salud pública

Tal como se mencionó es importante el incremento de la carga mundial atribuible a los trastornos mentales, lo cual genera un serio problema de salud pública no contralado y en aumento. Razón por la cual la OMS ha creado «el plan integral de salud mental que abarque los servicios, políticas, leyes, planes y estrategias» que deberá ser desarrollado por todos los miembros de esta organización (Asociación de estudiantes de Medicina [AEMPPI], 2017).

El mencionado plan de acción se utiliza «trastornos mentales» para englobar a los trastornos mentales y de la conducta que está presente en la «Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexas», incluyendo además planes para la prevención del suicidio, puesto que existen aproximadamente un millón de personas que se suicidan cada año (AEMPPI, 2017).

Es vital que esta atención sea punto primordial de la agenda de la salud pública puesto que según el atlas de concluye que América del Sur tiene mayores proporciones de discapacidad cuyo origen son las enfermedades mentales comunes, Centro América la mayor proporción es por trastornos bipolares e infantiles junto con la epilepsia y para finalizar los Estados Unidos y países con mayores ingresos se les puede imputar a la esquizofrenia, demencia y a los trastornos por uso de opioides (OPS, 2018).

Es necesario además adicionar a este panorama que se estima que la depresión para el año 2020 seguirá siendo la segunda causa de la medida conocida como AVAD en la que se expresa el tiempo vivido con una discapacidad y los años de vida perdidos debido a una muerte prematura (Duran, 2017) junto con los trastornos por consumo de alcohol que se calculan los padecen cerca de 76.3 millones de personas (OMS, 2017).

Entonces, es más que claro que la salud mental está a la orden del día en la salud pública global, y está debidamente identificada dentro de los compromisos existentes a nivel mundial, en los que se encuentran: “*Los objetivos del plan de acción integral de salud mental de la OMS 2013 – 2020*”, “*Los objetivos de desarrollo sostenible 2015 – 2030*” y “*La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*”, pero entonces ya en este momento la situación no es por exclusión de la salud mental en la agenda mundial, el interrogante va más allá y tal como lo expresan la OPS y la OMS se trata es de sobrepasar los obstáculos y en el caso particular es superar la falta de iniciativa en la salud mental pública.

Un primer paso puede estar dirigido a entender que la salud mental no puede enfrentarse desde el enfoque de una salud pública tradicional, en la que las políticas públicas se han definido como la solución que los estados dan, a lo que académicos como Oszlack y O'Donnell, han llamado “cuestiones socialmente problematizadas” y

para quienes es claro que ninguna sociedad posee la capacidad ni los recursos para atender la lista de necesidades, y es entonces cuando un determinado grupo social es quien le da la pauta al estado sobre cual asunto deberá trabajar y promover su incorporación a la agenda de problemas sociales vigentes (Colella, 2011).

En países como los que conforman el continente americano es de vital importancia el análisis de muchos factores, puesto que se considera que otros factores tales como sociales, culturales, económicos, políticos y la exposición a las adversidades a edades tempranas pueden desencadenar trastornos mentales (OMS, 2013).

2 | CONCLUSIÓN

Las cifras permiten mostrar el incremento exponencial de los trastornos mentales necesita de una cimentación de una política pública acorde con la realidad, pero no en la línea tradicional, puede ser el momento de empezar a repensar las estructuras clásicas y dar paso a una política pública basada en la multidisciplinariedad, no solo de profesiones, sino de ciencias, que vengan a dar una perspectiva diferente, creativa, desde enfoques no tradicionales una construcción desde el caos y la complejidad.

REFERENCIAS

Asociación de estudiantes de Medicina [AEMPPI], 2017. Salud mental: Los expertos hablan de riesgo real de salud pública incontrolado. Recuperado de <https://bit.ly/2NW6UJ1>

Barrero, A. (2017). Concepciones de salud mental a partir de la visión dominante de salud – enfermedad. Revista Poiéisis, 32. 127 – 134. Recuperado de <https://bit.ly/2veLN8m>

Colella, G. (2011). Complejidad y Políticas Públicas: Modelo Telaraña. U. N. R. Journal. 4 (11). 979 – 1002. Recuperado de <https://bit.ly/2Uuxg2C>

Duran, P. (2017). Epidemiología de la discapacidad y salud pública. AVAD y EVAD: ¿Cuál es su utilidad? Recuperado de <https://bit.ly/2XJALIR>

Fernández B. (2012). Salud mental un concepto polisémico. Rue. Recuperado de <https://bit.ly/2LQr6cs>

Fuente, J. (2018). Salud mental y medicina psicológica. Recuperado de <https://bit.ly/2VS3EO7>

Macaya, X., Pihan, R., Parada B., (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. Humanidades Médicas. 18(2). 215 -232

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de <https://bit.ly/2DjCLv9>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud más necesaria que nunca. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2008/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre la salud mental 2013 - 2020. Recuperado de <https://bit.ly/2XJlxTe>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental desde una perspectiva mundial.

Recuperado de <https://bit.ly/2XK4fq0>

Organización Mundial de la Salud. (2019). 10 Datos sobre la salud mental. Recuperado de <https://bit.ly/2v9WvNB>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Agenda de Salud sostenible para las Américas 2018 – 2030. Recuperado de <https://bit.ly/2Pgn0Kx>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Recuperado de <https://bit.ly/2LZ1Ctk>

Sanín, A. (1977). Salud mental y enfermedad mental. Revista Latinoamericana de Psicología. Revista Latinoamericana de Psicología. 9 (2) 337 – 339. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80590219>

Silberner, J. (2018). World Support for Mental Health Care is “Pitifully Small”. National Public Radio. Recuperado de: <https://n.pr/2COftPG>

Tejada, P. (2016). Situación Actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: Prevalencia, Consecuencias y Necesidades de Intervención. Revista Salud Bosque, 6 (2), 29 – 40. Recuperado de: <https://bit.ly/2MRqoN3>

Tejada, P. (2016). Situación Actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: Prevalencia, Consecuencias y Necesidades de Intervención. Revista Salud Bosque, 6 (2), 29 – 40. Recuperado de: <https://bit.ly/2MRqoN3>

The Lancet. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development.392(10157) Recuperado de: <https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>

MULHERES DONAS DE CASA ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR ANTE O SOFRIMENTO DA ADICÇÃO E O AMBIENTE FAMILIAR

Gilmar Antoniassi Junior

Universidade de Franca; Faculdade Patos de Minas.

Franca – São Paulo; Patos de Minas – Minas Gerais.

Ester Roza Luz Freitas

Faculdade Patos de Minas.

Patos de Minas – Minas Gerais.

Flávio Henrique Sousa Santos

Faculdade Patos de Minas.

Patos de Minas – Minas Gerais.

Luciana de Araujo Mendes Silva

Faculdade Patos de Minas. Faculdade Cidade de Coromandel

Patos de Minas – Minas Gerais; Coromandel – Minas Gerais;

Glória Lucia Alves Figueiredo

Universidade de Franca.

Franca – São Paulo.

RESUMO: O objetivo é estudar a singularidade do feminino em mulheres donas de casa em relação ao sofrimento da adicção no ambiente familiar. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo transversal de natureza exploratória, com mulheres donas de casa, pobres, protagonistas da administração doméstica, de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, Brasil. O estudo atendeu-se aos princípios éticos, aprovado pelo parecer nº. 2.439.366 do Comitê

de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. Fizeram parte do estudo aquelas mulheres com idade entre 40 e 60 anos, que tinham pelo menos um membro da família o qual fez ou faz uso de drogas, e que na época da pesquisa frequentavam o ambulatório de Saúde Mental do município. Participaram do estudo 15 mulheres dos quais apenas 3 delas efetivamente se envolveram tanto no grupo focal como na história oral nas entrevistas domiciliares. Os resultados revelam que o universo familiar centraliza na figura feminina, seja mãe ou esposa, a responsabilidade de integrar e manter a família, mesmo ela sentindo-se impotente e ineficaz; estabelece-se a dependência sem, entretanto, perder a identificação feminina. A idealização do perfeito dá lugar à frustração e as consequências advêm dos dilemas e desestruturação familiar. O processo de admissão da codependência, anteriormente doloroso, aparece como oportunidade de ressignificação e redescobertas de si mesma.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Familiares. Mulheres. Adicção. Saúde Mental.

WOMEN HOUSEKEEPERS SERVED IN THE MENTAL HEALTH AMBULATORY: A QUESTION OF HEALTH AND WELL-BEING BEFORE THE SUFFERING OF THE ADDICTION AND THE FAMILY ATMOSPHERE

ABSTRACT: The objective is to study the uniqueness of the female in female housewives in relation to the suffering of addiction in the family environment. This is a qualitative cross-sectional study of an exploratory nature, with women housewives, poor, protagonists of the domestic administration, from a city in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil. The study complied with ethical principles, approved by Opinion no. 2,439,366 of the Ethics and Research Committee with Human Beings. Those in the study were women between the ages of 40 and 60 who had at least one family member who did or did use drugs and currently attend the county Mental Health outpatient clinic. Fifteen women participated of the study, of whom only three of them effectively involved in the home interviews. The results reveal that the family universe centralizes in the feminine figure, be it mother or wife, the responsibility to integrate and maintain the family, even though it feels impotent and ineffective; dependency is established without, however, losing female identification. The idealization of the perfect gives way to frustration and the consequences come from dilemmas and family disruption. The process of admission of codependency, previously painful, appears as an opportunity for re-signification and rediscovery of itself.

KEYWORDS: Family relationships. Women. Addiction. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

O interesse das ações voltadas para as políticas sociais no que concerne à qualidade de vida das pessoas em situação de risco, vulnerabilidade e discriminação social, chama atenção para a necessidade de produzir, a partir de uma consciência educativa, o consenso de que as estratégias de promoção da saúde são a melhor maneira de se atingir as pessoas por meio de uma política educativa voltada para o modo de pensar e intervir no intuito de construir e desenvolver ações estratégicas que respondam significativamente às necessidades em saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2000).

Na Carta de Ottawa, o primeiro documento produzido para nortear ações de promoção de saúde, esta conferência foi a resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, voltada para saúde para todos, reconhece a necessidade de um esforço em conjunto, desde o indivíduo e sua família, a população em geral, os profissionais de saúde, universidades e governo, na construção de uma autonomia aos determinantes sociais do processo saúde e doença (BRASIL, 2002).

De forma a considerar a saúde como maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e que impacta na qualidade de vida das pessoas. Voltada para ações que criem condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura e lazer que se logra com o esforço coordenado de políticos, setores sociais e empresariais, educadores e médicos (HARRIS, 2007).

É primordial integrar as ações simultâneas, favorecendo, identificando e fortalecendo a capacidade participativa de todos, empoderando-os no direito que têm nas decisões que afetam todas as áreas, visando objetivos que favoreçam melhorias de condição de saúde sustentável, aberta, permanente e acessível para todos.

Todavia, as desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e dentro deles, regiões e grupos sociais ainda são uma realidade no mundo globalizado, mesmo percebendo a melhora contínua nas condições de vida (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, as noções de universalidade, equidade e integralidade estão presentes em documentos que procuram divulgar diretrizes e normas a fim de proporcionarem ações políticas, econômicas e educacionais (PAIM, 2002), numa discussão que compreenda e elabore modos de encarar a saúde, doenças e cuidados. Por esse motivo, as Declarações de Bangkok e Helsinque apontam para o desenvolvimento sustentável como pedra angular das ações de governo tornando-se o foco principal das comunidades e da sociedade civil, cujas ações estejam voltadas para a equidade contribuindo significativamente para a saúde, redução da pobreza, inclusão social e segurança (FIGUEREDO et al., 2016).

Frente a estas questões sociais, atualmente o uso de substâncias tóxicas vem à tona, implicando na necessidade de reflexão desse fenômeno no conceito de saúde, uma vez que a dependência e a história da humanidade se entrelaçam (CARRANZA; PEDRÃO, 2005). Tão importantes quanto são as demandas intrafamiliares desencadeadas no processo da dependência que alternam toda a dinâmica familiar, produzindo comportamentos condicionados ao dependente afetando seu entorno e a sociedade de maneira geral (CALDAS, 2003).

O uso abusivo de substâncias tóxicas é um dos principais problemas de saúde e de ordem social em todo o mundo e que, na maioria das vezes, atinge toda a família e afeta toda a sociedade, tornando-se fundamental a implementação de programas e projetos que promovam a integração entre todos os atores envolvidos com a demanda fortalecendo o campo social; de modo a tornar a comunidade proativa no entendimento da condição de saúde, tanto da pessoa adoecida quanto de todos aqueles em seu entorno (GELBACKE; PADILHA, 2004).

Seguindo as recomendações da Declaração de Adalaide no princípio do desenvolvimento pessoal, no reforço da ação comunitária, a incorporação do conceito de vulnerabilidade ligada à vida torna a capacidade de o ser humano afirmar-se no mundo um desafio em que, para que haja um desenvolvimento humano adequado, a saúde deverá ser valorizada (FERREIRA; BUSS, 2005). A Declaração de Sundsvall chama a atenção para o ambiente, focada na reflexão de que as questões de ambiente e saúde são interdependentes e peculiares à realidade vivenciada (FIGUEREDO et al., 2016).

Todavia, fatores como a má condição socioeconômica, moradia precária, falta de saneamento básico, alimentação inadequada expõem as pessoas a situações consideradas impróprias por não oferecerem oportunidade de escolha ao indivíduo,

ao controle dessas situações vivenciadas e de dizer não ao uso de substâncias tóxicas (WHITEHEAD, 1992).

Atualmente no Brasil e no mundo todo o uso das substâncias tóxicas, que transcende a história da humanidade (MINAYO, 2003), vai além do uso do álcool e tabaco, sendo o abuso de drogas lícitas e ilícitas uma preocupação mundial, por apresentar diversos fatores em que as famílias tornam-se vulneráveis dadas as circunstâncias que levam à drogadição. Entretanto, o álcool é a droga mais consumida entre as pessoas no mundo, independente do sexo, seguida da maconha. Conduzindo para uma problemática social em consequência dos danos causados pelo abuso dos derivados como o crack e a cocaína, provocando o aumento da violência e mortes em decorrência do abuso (BRASIL, 2010).

Em todo o mundo o problema do abuso de substâncias tóxicas teve crescente prevalência, o que está provocando propostas de tratamento específico às dependências (GALANTER; BROOK, 2001). Conquanto, as comunidades pobres em situação de risco e vulnerabilidade ao abuso das substâncias tóxicas tem sido chefiadas muitas das vezes por mulheres, que as torna como atores principais no movimento socioeconômico. Considerando, então, a mulher dona de casa em condição de pobreza e vulnerabilidade como co-dependente ao dependente, vivenciando o sofrimento e tentando melhorar a condição de vida existente no ambiente familiar (NARTAN, 2003).

No entanto, a dependência química é considerada uma doença que deve ser discutida a partir do modelo biopsicossocial, em que as ações de cuidados precisa ir além do individual (o doente) sendo necessário alcançar toda a família, devido a relação de codependência. Principalmente a mulher que se vê no papel de cuidadora, carregando toda a responsabilidade de estruturação familiar, traduzida num sofrimento interno e psíquico, constituindo desgastes sucessivos (FONSECA, 2010).

Num ambiente de violência física, da maioria dos casos, a mulher dona de casa sente-se transgredida no seu corpo e, de acordo com Sá e Werlang (2013), suscetível a agravos na qualidade de vida, fragilizando-as na autoestima e autoimagem, impedindo-as até de inserirem-se no contexto do trabalho e educação.

O porque dessas mulheres se submeterem a esse ambiente de vulnerabilidade e à essa relação adoecida, pode, segundo Hirigoyen (2006), estar vinculada à própria história delas, configurando em aprisionamentos dos sentimentos de negação e submissão. Surgindo, daí, um comportamento de co-dependência por ela se encarregar de cuidar do outro, dispendendo toda energia no outro em detrimento de si mesma (CALÁBRIA, 2007); gerando insegurança, medo e estresse dentre vários outros fatores e complicações.

Entende-se que tal sofrimento pode ser gerado pela frustração frente à incapacidade de entender o que acontece na relação familiar. O ideal que não é idealizado transforma-se em arrogância e onipotência convergindo em ressentimento constituindo combustível para a repetição.

Considerando os aspectos afetivos, emocionais e conflitos psíquicos, o estudo

possibilitará mostrar a influência dos fatores emocionais relacionados ao ambiente familiar quando há um membro adoecido pelas drogas, proporcionando a contribuição científica, de modo que leve à compreensão de como esta mulher lida com as consequências da dependência que afeta as relações familiares enquanto protagonista da administração doméstica, podendo auxiliar os psicólogos e demais profissionais da saúde a lidarem com a conflitiva psicossocial.

Objetivou-se estudar a singularidade do feminino em mulheres donas de casa em relação ao sofrimento da adicção no ambiente familiar.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo transversal de natureza exploratória com mulheres donas de casa, pobres, atendidas no ambulatório de saúde mental de uma cidade da região do Alto Paranaíba, estado de Minas Gerais, Brasil. Participaram do estudo mulheres na faixa da pobreza, protagonistas da administração doméstica, com idade entre 40 a 60 anos, com pelo menos um membro da família fez ou faz uso de drogas.

A seleção deu-se de maneira linear, por meio da técnica bola de neve, em visita às regiões consideradas de pobreza e vulnerabilidade socioambiental; cada participante deve recomendar outra participante, de forma que a amostra cresça num ritmo linear.

Como instrumentalização para coleta de dados, utilizou-se da História Oral e o Teste de Associação Livre de Palavras, por meio de um Grupo Focal. A *história oral* utilizará como ponto de investigação: Se pensar em uma história, como você contaria a história da sua vida? A partir deste questionamento ocorreu um diálogo livre para percorrer o caminho que a participante desejasse.

O *Teste de Associação Livre de Palavras* desenvolvido originalmente por Jung 1905, adaptado por Di Giacomo para atender à demanda de estudos em psicologia social. O termo indutor do teste foi previamente definido, em função do objeto investigado, permitindo, que as evocações ocorridas evidenciem um conjunto distinto de unidades semânticas representativas (MERTEN, 1992; NÓBREGA; COUTINHO, 2003). Neste estudo os estímulos indutores estiveram em: família, homem, água, sofrimento, dançar, drogas, felicidade, ambiente, pobreza.

O estudo atentou-se aos princípios éticos previstos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/2012 e nº. 510/2016. Para tanto, o projeto foi submetido, através da documentação necessária para análise ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Patos de Minas, sendo aprovado pelo parecer nº 2.439.366.

Conforme as participantes foram sendo identificadas, foi-se estabelecendo o *rappor*t a fim de promover o vínculo e as convidarem para um encontro de mulheres no ambulatório de saúde mental. Feito isso, organizou-se, então, um momento para que fosse apresentada a proposta do estudo e as deixando livres para aceitarem participar

da pesquisa. Participaram do encontro (grupo focal) 15 mulheres, sendo apenas 3 (três) destas que se dispuseram a participar efetivamente de ambas as etapas do estudo participando também da etapa da história oral nas entrevistas domiciliares. Logo, aquelas que assinaram ao Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e mediante o aceite e assinatura foi agendada a primeira visita no domicílio da participante.

Foram realizadas 4 (quatro) visitas domiciliares com duração de duas horas. Inicialmente estabeleceu-se condições de tranquilidade às participantes, afim de criar condições para que pudessem relatar a respeito dos dados abordados na entrevista, e, assim que houve a indicação de prontidão, deu-se o questionamento: se pensar em uma história, como você contaria a história da sua vida? A partir deste disparador de pensamento, a coleta transcorreu livremente, possibilitando o diálogo aberto até que esgotados todas as dúvidas e esclarecimentos. No último encontro foi realizado o teste da associação livre de palavras. Primeiramente foram apresentadas as instruções, dizendo à participante que seria apresentada a ela algumas palavras, e ela deveria dizer, logo em seguida, a primeira palavra que viesse em seu pensamento. Utilizou-se como primeiro disparador a palavra família, posteriormente homem, água, sofrimento, dançar, drogas, felicidade, ambiente e pobreza.

Na apresentação dos dados, para resguardar as identidades das participantes, seus nomes não foram divulgados, sendo que as falas das mesmas receberam, a critério dos autores, letras aleatórias para sua identificação.

3 | RESULTADOS

Conforme dados coletados, percebe-se que todo o universo familiar está sob às vistas da figura feminina, seja mãe ou esposa, numa clara demonstração de que estas mulheres são o sustentáculo do lar, apesar das mesmas sentirem-se vulneráveis e frágeis. Porém, o senso de responsabilidade de integrar e manter a família torna-se em uma entrega, em que, diante de um quadro de impotência, desenvolvem mecanismos de defesa a fim de suportarem e/ou de se adaptarem à situação que se lhes apresenta.

Outrossim, o estudo trouxe à luz a percepção dessas mulheres como sujeito impotente e ineficaz, sendo, no entanto, estabelecido uma bidependência, que é o vínculo com o outro, caracterizando-se uma dependência emocional, resultando daí, numa necessidade de sentirem-se ligadas emocionalmente ao cuidado com o outro. Por outro lado, e apesar da vulnerabilidade e aparente fragilidade e somatizações, observa-se que não são incapazes de cuidarem de si mesmas, encontrando dentro de si a força necessária no enfrentamento da dor, abandono e solidão no papel de sustentadora do lar adicto.

Aparentemente, não apresentam perdas da identidade feminina; no entanto, características da codependência apresentam-se na forma do medo, mágoa, depressão, culpa, justificativas e necessidade de reconhecimento. Todavia, às vezes, sentem-se cansadas, mas não desanimadas, sob a responsabilização do amor que ora

se lhes apresenta como peso insuportável, ora as anima a suportar com esperança. Todos os relatos se assemelham numa fantasia de contos de fada, ou seja, num ambiente familiar perfeito, feliz, sem grandes problemáticas. Onde um relacionamento harmonioso e de acordo com o que se considera normal foi idealizado.

Nessa concepção, eu sempre tive o sonho de casar, ter filhos, ter uma família feliz; basicamente, semelhante a que, à família que, no caso, eu tinha. Porque eu queria um casamento sólido, eu queria um casamento feliz. Eu sonhava com uma família como um projeto de Deus (Participante T).

A idealização de perfeição ruiu, dando lugar à frustração ante o não esperado: a realidade das drogas e da impotência diante do desconhecido. A visão de uma família de sucesso foi embotada pela da desestruturação e caos emocional e desilusão do ideal almejado.

Tão pouco tempo de casada e sem saber o que fazer, não sabia como fazer, não sabia como agir, e batia um desespero muito grande...(Participante E).

E como eu me senti? A casa caiu em cima de mim; o mundo caiu em cima de mim. Porque eu, eu me mexia pra um lado, eu me mexia pra outro...(Participante V).

Nota-se, também, que a fé religiosa foi o suporte encontrado para superarem as adversidades, creditando à crença a força obtida na missão da luta contra as drogas, capacitando-as a lutarem contra a doença da adicção e, assumindo, elas próprias, a necessidade de serem também assistidas .

Foi aonde (sic) que eu percebi que eu precisava, além disso, do conhecimento, também, que é importante, que eu precisava de ajuda profissional também e que eu precisava, muito mais, fundamentalmente, de Deus, de uma religião, da prática de uma fé (Participante T).

Consequentemente, ao conscientizarem-se desse modo, tiveram o poder de decisão, a saber, adotar uma postura de firmeza diante do desafio, mesmo o medo estando presente, de não permitirem que suas histórias acabem por acabar, sem finalidade.

Eu e o João (marido) fomos pro fundo do poço e olha que durou esses anos tudo (sic) pra gente tá saindo do fundo desse poço junto com eles e eu ainda tô lutando até hoje. E não vou parar. Eu não sei exatamente quantas internações tem; eu não vou contar por que eu não vou desistir! (Participante V).

Fica evidente que a descoberta da adicção do filho ou marido é de perplexidade. À princípio, a reação é de total descrença, seguido pelo desnorreamento. E paralelo a isso, algumas outras reações vão surgindo, provocando desfalecimento físico, emocional e psicológico, como se percebe:

Quando eu fiquei sabendo, gente, eu quase fiquei louca da cabeça; eu não acreditava, sei lá, eu fiquei transtornada. Aí, eu internava diária com depressão (Participante V).

Eu estava dormindo, literalmente, com meu filho, basicamente de portas quase que trancadas todos os dias; com medo de repente, dele levantar de madrugada e na insanidade mental, por conta da droga, ele cometer algum ato de crueldade, de maldade comigo e com meu filho (Participante T).

Evidenciando-se, também, a revolta por sentirem-se traídas e trocadas, não por outra pessoa, mas por algo nocivo e mal:

Como mulher eu me senti, como diz o outro (sic), é, a pior escória; eu me senti um lixo, porque eu senti que fui trocada. Porque, literalmente, eu fui trocada e nem por uma outra mulher, nem por um, né, um outro relacionamento. Na verdade, eu fui trocada por uma cocaína, eu fui trocada por uma droga, uma coisa que leva à morte. E como isso doeu! (Participante T).

... Muitas vezes eu cheguei a sentir ciúmes da maconha; um sentimento tão estranho, tão estranho, mas que me fazia um mal tão grande, mas eu sentia ciúme da maconha (Participante E).

Passado o choque inicial, nota-se, no estudo, um esforço desgastante na procura de um equilíbrio e unidade familiar, numa busca frenética por manter a estrutura do lar, uma vez que todos se voltam para o cuidado com o adicto. Ressalta-se, ainda, a presença de uma religião como forma de sustentação e bússola no aprendizado e contemplação de si mesmas e do Ser divino.

Diante dos dilemas vivenciados e da desestruturação familiar, é notório a complexidade de um entendimento por parte dessas mulheres em assumirem-se como esposas, mães e mulheres dado o sentimento de fracasso que, inicialmente, as acompanhava e aos poucos, o retorno à consciência dos seus papéis sociais surge como luz no fim do túnel.

Tem que ter muito pulso forte, fé, educação; CE (sic) tem que procurar da sua cabeça ao dedo do pé, que cê acha, os seus defeitos também, porque disso, porque daquilo, o que eu posso corrigir hoje em mim (Participante V).

O processo da admissão, antes doloroso, aparece, agora, como oportunidade de ressignificações e redescobertas de si mesmas e da consciência do que são capazes.

Quando eu percebi que isso era uma das soluções, também, muito importante, aliada ao comportamento do conhecimento e também à ajuda profissional – como isso me ajudou a me conhecer, a entender, também, os problemas da adicção. (Participante T)

No tocante à representação social através dos resultados do teste de associação livre de palavras, a tabela 1 permite compreender as representações processadas. Contudo, percebe-se que o papel dessa mulher, outrora de propriedade e submissão masculina, patriarcal, e mesmo evidenciando-se num laço afetivo e amor romântico,

reforma-se; rompendo paradigmas, construindo e reconstruindo um lugar que é seu, com arranjos e dinâmicas que são apreendidos e compreendidos.

A figura masculina aparece como coadjuvante e não mais como ator principal, ainda que ela continue no ambiente doméstico, entretanto, assumindo na luta cotidiana o ser protagonista de suas ressignificações, passível de mudanças num processo de desmitificação desse papel.

Disparador	Palavras	Considerações Representativas
FAMILIA	Essencial Porto seguro Mãe	A figura materna surge como a força que une e sustenta o lar. É ela que provê o amparo e segurança necessários à estabilidade da família.
HOMEM	Não consegue definir Protetor Amigo	Aparece como apoio e proteção, sem ser delegado a ele a responsabilidade do fazer, mas o de estar junto.
AGUA	Límpida Essencial Limpa	Numa simbologia de purificar, limpar, expressa aquela que leva embora a sujeira, impureza e dano que a droga representa.
SOFRIMENTO	Escuro Falta de amor Indesejável	Significando vazio e anseio por se afastar dele.
DANÇAR	Liberdade Alegria Gostoso	Representando o universo livre da esperança no inverso da prisão que a prisão da droga provoca.
DROGAS	Dor Suicídio Sofrimento Intolerável	Pior que uma doença incurável, representa a morte e mais ainda, a dor do outro se autoimpingindo à morte.
FELICIDADE	Paz Deus Maravilhosa	Sensação de alívio proveniente da cessação da dor. Algo transcendental que alcança todas as áreas da vida.
AMBIENTE	Luz Harmonioso Respeitado	Desejo inconsciente à claridade de comportamentos de que não tem do que se envergonhar, mas que traz orgulho.
POBREZA	Sofrimento Impureza Aceitação	Aversão a tudo que simboliza vazio, sujeira e dor.

Tabela 1 - Análise das representações processadas do teste de associação livre de palavras.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que, à priori, houve uma busca pelo amor romântico e do par perfeito, fazendo disso a base do relacionamento na repetição parental. Sobre isso, Freud (1974) assinala o amor como ilusão e essa ilusão expressa o desejo se traduzindo numa necessidade de proteção. Essa afirmação é corroborada por Fisher (2004), quando diz que esse amor se entrelaça com o sentimento de calma e segurança com o parceiro, traduzindo-se em novos comportamentos, sonhos e esperança.

Todavia, os depoimentos revelam a idealização transformada em ilusão por a realidade não condizer com o que se esperava. Winnicott (1975) explica esse processo da ilusão à realidade como “uma área intermediária de experimentação”, ou seja, “uma área entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido” (p. 391). Bowlby (1989) no entanto, propõe a ideia de que os humanos se adaptam ao ambiente de criação, favorecendo um comportamento de apego, isto é, forma que uma pessoa consegue manter proximidade com um outro indivíduo.

Partindo dessa premissa de idealização/realidade, nos relatos obtidos, fica evidente a frustração sentida por essas mulheres, uma vez que a vivência concreta é diferente do que se esperou anteriormente e segundo Costa (1999, citado por PRETTO; MAHEIRRIE; TONELI, 2009), quanto maior é a expectativa, proporcionalmente a isso, é a frustração.

Observa-se, nas falas delas, a angústia do desejo não alcançado, do cotidiano malfazejo e essa angústia, por ser inerente à condição humana, segundo Freud (1969), não se refere à perda real do objeto e sim, à perda do amor por parte do objeto; sendo a recusa de um agente externo em satisfazer os desejos associados a fatores internos. Moura e Pasquali (2006) concordam com essa afirmação e acrescentam que a angústia tanto pode ser compreendida como o impedimento ao objeto da realização como também, a um sentimento de negativo traduzido em tristeza e insucesso. Acerca disso, Santi (2009) coloca que a felicidade ou bem-estar não se alcança por meio do objeto, porque o vazio nunca será preenchido, pois a falta é essencial para a constituição humana.

Faz-se perceber através dos dados coletados, um outro aspecto verossímil que é a vulnerabilidade. Os discursos apresentam de forma ambivalente o amor e ódio e o que expressam é a susceptibilidade ao estresse e danos à própria existência, pois afirmaram sentir-se expostas aos estressores sem noção de como enfrentá-los, a princípio.

Carneiro e Veiga (2004) explicam que a vulnerabilidade surge na exposição da baixa capacidade simbólica e comportamental das pessoas enfrentarem os desafios que se apresentam. Os efeitos da tensão impedem que haja uma resposta satisfatória às situações apresentadas num ambiente adicto do qual essas mulheres fazem parte.

A confluência dos dados expõe a codependência como sendo uma problemática na relação; todavia, ela surge como um estado de estar lado a lado com o dependente e não como uma adicção própria. Parece não haver clareza no entendimento e compreensão do que é ser codependente. Mesmo na literatura, divergências são encontradas entre autores.

Enquanto para Matos (2001) o codependente é o que procura fora de si a a resolução de problemas internos e busca no objeto de apego a solução caracterizando dor moral e psíquica, para Krishnan et al. (2001), a pessoa nessa condição sofre de estresse resultado da vivência com o dependente. Para Amaral (2012), a codependência significa viver num sistema em que uma pessoa se responsabiliza por

outra; porém Denning (2010) salienta que os codependentes não são responsáveis pela manutenção da dependência do familiar e que ela deve ser compreendida numa ótica biopsicossocial. Ademais, Sussman (2010) alega que tanto o adicto quanto o codependente coabitam numa similaridade.

Como forma de enfrentamento, a pesquisa traz à cena a unanimidade nas questões fé/religiosidade. Os relatos são de que há uma busca na espiritualidade como intenção de influenciar tanto o tratamento do adicto quanto elas mesmas.

Chambers (2015) explica esse apego à religião como algo positivo que diminui o peso da carga pessoal, além de promover estratégias ante situações estressoras. Contapondo-se, Henning (2009) afirma que a religiosidade até pode ser ligada à promoção da saúde, mas também pode dificultar a mesma quando é usada como mecanismo de defesa mantendo sintomas individuais.

Outro fator de enfrentamento que aparece nos relatos como sendo de importância crucial é o acompanhamento psicológico e reuniões de grupo de apoio. E descrevem esses encontros como auxílio na exposição de experiências e reflexão, pois ao fazê-los, além de ajudar outros, obtém satisfação pessoal de serem úteis. Acerca disso, Oliveira et al. (2010) salienta que a ajuda profissional favorece ressignificações e compreensão da situação de vida e ainda diminui o isolamento e solidão social. Zampieri (2004) amplia esse olhar ao dizer que o acompanhamento abrange não só o indivíduo e seus comportamentos, mas a visão sistêmica permite compreender as relações e a procura por equilíbrio.

Entrementes, nos relatos subsequentes, fica claro que há uma postura adotada por essas entrevistadas de determinação na busca de autonomia no gerenciamento da própria existência na finalidade de atravessarem adversidades. Não fogem nem negam a responsabilidade; ao contrário, afirmam ter adquirido experiência e se posicionam como propagadoras de uma mensagem válida de alerta e apoio que valida todo o sofrimento vivido ao longo dos anos.

Essa postura remete a Lacan (1982) quando afirma que a mulher não existe se ela não é protagonista da própria história; se não é, como reconhecer sua participação nela? Essa resposta fica evidente, então, nas depoentes, que através da reflexão, identificação e descoberta de si mesmas na condução de uma vida eficiente e produtiva conseguem articular as demandas cotidianas, além de se perceberem nesse ambiente. Seja como mulher, esposa ou mãe.

Dito isso, através do discurso observado nessa pesquisa, nota-se que os papéis sociais estão sofrendo mudanças, ainda que lentamente. As participantes desse estudo evocam o exemplo de que o estereótipo da mulher submissa, sem identidade própria está sendo substituído pelo da mulher múltipla que se envolve em todas as labutas domésticas e ainda abarca os próprios interesses na representação de valores que julgam importantes.

Aludindo ao período iluminista, filósofos como Kant (ALVES, 1988), por exemplo, defendiam o discurso de que a mulher era inferior ao homem e não era reconhecida

como sujeito atuante na história. Nietzsche (1992) defendia a ideia de que a mulher é posse do homem e destinada a servi-lo e critica o homem que apoia a emancipação feminina. Em contrapartida, Beauvoir (1980) afirma que não se nasce mulher, torna-se mulher; numa clara alusão de que a existência não se define como homem ou mulher, mas como um ser que existe e que é através das experiências vividas que se adquire a essência.

Assim, o que se percebe no discurso dessas mulheres é a mulher que carrega dentro de si tantas outras mulheres, conscientes do reconhecimento do ser capaz, que transita no mundo doméstico para fora dele com desenvoltura e confiança, podendo escolher estar na condição da singularidade do devir.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu vislumbrar a mulher no ambiente adicto em que ela enfrenta diversas variáveis e de como as vivencia, principalmente através do olhar quando voltado para si mesma e como se posiciona, assumindo papéis que lhe são, por vezes, confusos.

A pesquisa possibilitou obter dados do processo, permitindo alcançar os objetivos propostos, a saber, quem é essa mulher diante de um quadro de adicção, quais recursos usa para o enfrentamento das complicações advindas dessa situação e como ela mesma se percebe nesse universo e quais as nuances que a envolvem nessa relação. Sendo possível notar, por meio dos depoimentos, a vulnerabilidade ao qual se manifesta em forma do medo, insegurança e incertezas, ao mesmo tempo em que se apresentam vigorosas e determinadas no enfrentamento das vicissitudes. Reforçando a importância de mais estudos sobre a temática, devido ao fato de que estas mulheres não esperarem estar no contexto da adicção, contudo, empunharam de amor, tolerância e coragem a se dispor a lutar, sem saber por quanto tempo seria a luta com as drogas.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. Kant e o feminismo. In: FERREIRA, M. L. R. (Orgs.). **O que pensam os filósofos sobre as mulheres**. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 1988. p. 12-63.

AMARAL, V. B. **A família de um dependente químico adoece junto com ele**. [Weblog]. 08 nov. 2012. Disponível em: <<https://www.antidrogas.com.br/2012/11/08/familia-de-um-dependente-quimico-adoece-junto-com-ele/>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BEAUVOIR, S. In: **Nova Enciclopédia de Biografias**. Rio de Janeiro: Planalto Editorial, 1980. v. 1.

BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas de Promoção de Saúde**. Brasília, DF, 2002. (Série: B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF, 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CALÁBRIA, O. P. Dependência química e liberdade: A filosofia e o tratamento da co-dependência. **Revista Interações: cultura e comunidade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 65-79, 2007.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência:responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.. 773-781, mai-jun, 2003

CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. O conceito de inclusão, dimensões e indicadores. **Rev. Interinst**, v. 1, n. 1, p. 789-846, 2004.

CARRANZA, D. V. V.; PEDRAO, L. J. Satisfação pessoal do adolescente adido às drogas no ambiente familiar durante a fase de tratamento em um instituto de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, p. 836-844, 2005.

CHAMBERS, H. Spirituality and Quaker Approaches to Substance Use and Addiction. **Religions**, v. 6, n. 2, p. 385-403, 2015.

DENNING, P. Harm Reduction Therapy with Families and Friends of People with Drug Problems. **Journal of Clinical Psychology**: v. 66, n. 2, p. 164-174, 2010.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. **Estratégia e Política**, v. 1, n. 2, p. 78-104, 2005.

FIGUEREDO, G. L. A. et al. Recomendações e intenções das conferências internacionais para se pensar a Promoção da Saúde. In: FIGUEREDO, G. L. A.; MARTINS, C. H. G. (orgs). **Políticas, tecnologias e práticas em Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2016.

FISHER, H. E. **Why we love**: the nature and chemistry of romantic love. 1. ed. New York: Henry Holt and Company, 2004.

FONSECA, T. S. B. **Sobrecarga, depressão e generatividade em mulheres cuidadoras informais**. Dissertação mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 13-71.

FREUD, S. **Inibições, sintomas e angústia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GALANTER, M.; BROOK D. Network therapy for addiction: bringing family and peer support into office practice. **Int J Group Psychother**, v. 5, n. 1, p. 101-22, 2001.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 272-279, 2004.

GONÇALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Katál**, v. 10, n. 1, p. 83-92, 2007.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, 367-371, 2011.

HARRIS, E. **NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review**. 2007. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity. Dissertação mestrado em Psicologia, University of New South Wales, 2007.

HENNING, M. C. **A influência da religiosidade do cliente no trabalho clínico, na perspectiva dos psicólogos**. Dissertação mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

HIRIGOYEN, M. A. **Violência no casal**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

KRISHNAN, M. et al. Drug and alcohol problems: the users' perspective on family members' coping. **Drug and Alcohol Review**, v. 20, n. 1, p. 385-393, 2001.

LACAN, J. **Seminário XX: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

MATOS, A. C. **A Depressão**. 2.ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

MERTEN, T. O Teste de Associação de Palavras na Psicologia e Psiquiatria: História, Método e Resultados. **Análise Psicológica**, v. 4, n. X, p. 531-541, 1992.

MINAYO, M. C. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M.; MATIAS, R. (Org.). **Drogas e pós-modernidade: Faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003. p. 13-29.

MOURA, C. F.; PASQUALI, L. O Teste Brasileiro Projetivo de resistência à frustração. Trabalho apresentado no IV CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RORSCHACH E MÉTODOS PROJETIVOS, **Anais...** Brasília, DF, 2006.

NARTAN, L. **Co-dependência: abrindo-se à vulnerabilidade**. Brasília, DF: Palestra aberta, 2003.

NITZSCHE, F. **Para além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. P. L. (Org.). **Representações sociais: abordagem Interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 429-436.

PAIM, J. S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. 1. ed. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PRETTO, Z.; MAHEIRIE, K.; TONELI, M. J. F. Um olhar sobre o amor no ocidente. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 395-403, 2009.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G. Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 2, p. 106-116, 2013.

SUSSMAN, S. Love Addiction: definition, etiology, treatment. **Sexual Addiction e Compulsivity**, v. 17, n. 1, p. 31-45, 2010.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, São Paulo, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv**, v. 2, n. 3, p. 429-445, 1992.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZAMPIERI, M. A. J. **Co-dependência**: o transtorno e a intervenção em rede. São Paulo: Agora, 2004.

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Daniel Borges Dutra

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Sonia Regina Jurado

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Professora Associada no Curso de Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Izabela Carvalho Vieira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Letícia Akie Nagata

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Cláudia Kauany da Silva Hildebrando

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Beatriz Soares dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Voluntária do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Vanessa Bernardo da Silva Souza

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato

Grosso do Sul

Gabriela Melo Macedo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Graduanda no Curso de Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Hilary Elohim Reis Coelho

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Voluntária do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Mara Cristina Ribeiro Furlan

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Thais Carolina Bassler

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Docente Adjunta nos Cursos de Enfermagem e Medicina, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Adailson da Silva Moreira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Docente Adjunto nos Cursos de Enfermagem e Medicina, Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

RESUMO: O presente estudo objetivou descrever os fatores que comprometem a qualidade de vida e a saúde mental dos estudantes de Enfermagem. Realizou-se uma revisão integrativa, durante o mês de abril de

2019, nas bases de dados SciELO e LILACS, com os descritores: qualidade de vida, saúde mental, estudantes e enfermagem com a seguinte questão norteadora: “*Quais são os fatores promotores e não promotores de qualidade de vida (QV) e saúde mental dos estudantes de enfermagem?*” Critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e que continham pelo menos dois descritores no título ou resumo, publicados entre 2000 a 2018. Foram encontrados trinta e sete artigos sobre a temática proposta. Os fatores não promotores de QV foram: introdução no ambiente hospitalar; postura do professor; carga horária excessiva do curso; distância diária percorrida entre a residência e a universidade; falta de tempo para atividades extracurriculares e lazer e aulas pouco didáticas. Dentre os promotores: bom relacionamento aluno-professor e aluno-aluno, apoio familiar, infraestrutura da universidade, dentre outros. A maioria dos estudou apontou uma prevalência de 15% a 100% de depressão e um alto escore de estresse psíquico entre os estudantes de enfermagem. Portanto, é muito importante que as instituições promovam programas de aconselhamento psicopedagógico aos estudantes de Enfermagem, visando melhorar a QV e saúde mental dos mesmos, uma vez que isso pode influenciar na assistência prestada por eles aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida, Saúde Mental, Estudantes, Enfermagem.

QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH OF FUTURE NURSING PROFESSIONALS – AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The present study aimed to describe the factors that compromise the quality of life and mental health of Nursing students. An integrative review was carried out during the month of April 2019 in the databases SciELO and LILACS, with the descriptors: quality of life, mental health, students and nursing. The guiding question was: “*What are the promoters and non-promoters of quality of life (QoL) and mental health of nursing students?*” Inclusion criteria: articles available in Portuguese, English and Spanish. contained at least two descriptors in the title or abstract, published between 2000 and 2018. Thirty seven articles on the proposed theme were found. The non-promoter factors of QoL were: introduction into the hospital environment; teacher’s posture; excessive course load; daily distance traveled between residence and university; lack of time for extracurricular activities and leisure and little didactic classes. Among the promoters: good relationship student-teacher and student-student, family support, infrastructure of the university, among others. Most of the studied rated a prevalence of 15% to 100% of depression and a high score of psychic stress among nursing students. Therefore, it is very important that the institutions promote psycho-pedagogical counseling programs for Nursing students, aiming to improve their QoL and mental health, as this may influence their care of patients.

KEYWORDS: Quality of Life, Mental Health, Students, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) é uma característica eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995). Esta definição deixa implícita a ideia do conceito subjetivo, multidimensional e que inclui diversos aspectos, como saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Os estudantes universitários não recebem muitas vezes a plena atenção à saúde e um fator que contribui para isso é que não se enquadram em nenhum grupo de atenção dos já estabelecidos pelos Serviços Básicos de Saúde. Entretanto, pesquisas começaram a ser produzidas sobre qualidade de vida e saúde mental desse segmento populacional (SAWICKI *et al.*, 2018, ÁVILA; CANTILLO; ESTRADA, 2018, CARLETO *et al.*, 2018).

Destacamos que o estudante de Enfermagem, ao ingressar na universidade, passa por situações estressantes, como distanciamento da família, novos relacionamentos interpessoais, adaptação à vida acadêmica, decisão sobre prioridades, gerenciamento da vida financeira, a organização frente ao crescente volume de informações, além do desgaste decorrente do contato com pessoas doentes e com a morte (BENAVENTE; COSTA, 2011; CHAO, 2012).

Essas situações podem influenciar negativamente na qualidade de vida e saúde mental do acadêmico (MARCHIORI; MELO; MELO, 2011) e acontecem em grande proporção nos graduandos de Enfermagem (BENAVENTE; COSTA, 2011).

Para a avaliação da qualidade de vida têm sido utilizados instrumentos, como *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref) e *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36). O primeiro é composto por 26 questões e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (FLECK *et al.*, 2000). O segundo instrumento permite avaliar oito aspectos distintos: capacidade funcional, vitalidade, aspectos físicos, dor, aspectos emocionais, saúde mental, aspectos sociais e estado geral de saúde (TEIXEIRA; FONSECA; MAXIMO, 2002).

Instrumentos de avaliação que tem por objetivo medir a intensidade de sintomas de depressão tem alcançado um papel de destaque no meio clínico e de pesquisa (PARANHOS; ARGIMON; WERLANG, 2010). Um dos mais utilizados é o Inventário de Beck para Depressão (IBD), composto por itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas (SANTOS *et al.*, 2003).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivos caracterizar os fatores promotores e não promotores da qualidade de vida e saúde mental dos estudantes

de Enfermagem, mediante levantamento de produções científicas que verssem sobre a temática, entre os anos de 2000 e 2018.

2 | MÉTODOS

Tratou-se de revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os critérios de inclusão foram: artigos escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol; estar disponível eletronicamente na íntegra; apresentar no título e/ou resumo, pelo menos, dois dos seguintes descritores: “qualidade de vida” (“*life quality*”, “*quality of life*” ou “*calidad de vida*”), “saúde mental” (“*mental health*”, “*salud mental*”), estudante (“*student*” ou “*estudiante*”), “enfermagem” (“*nursing*” ou “*enfermería*”) e ter sido publicado durante o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2018.

Foram excluídos editoriais, dissertações e teses sobre a referida temática e artigos que não estavam disponíveis gratuitamente e eletronicamente nas bases de dados estudadas.

Foi realizada a pergunta norteadora para a realização desse estudo: *Quais os fatores promotores e não promotores da qualidade de vida e saúde mental dos estudantes de Enfermagem?*

Após a confirmação de que o artigo entraria no estudo, foi realizado download de cada um para leitura. A análise ocorreu no mês de abril de 2019 e se deu pela leitura do artigo para o preenchimento do roteiro de coleta de dados, que buscava investigar o ano de publicação, natureza dos estudos, conceito de qualidade de vida, transtornos mentais, utilização de instrumentos na avaliação da qualidade de vida e de transtornos mentais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos estudos de qualidade de vida de estudantes de Enfermagem foram encontrados 101 artigos nas bases de dados estudadas e, incluídos 16 artigos que atenderem aos critérios de inclusão (Quadro 1).

Autores/Ano	Instrumento utilizado	Resultados
Saupe <i>et al.</i> (2004)	WHOQOL Brief	64% dos alunos referiram satisfação com sua qualidade de vida.
Kawakame e Miyadahira (2005)	Ferrans e Powers	Queda dos escores do índice QV para alunos do 2º ano.
Oliveira e Ciampone (2006)	Semiestruturado confeccionado pelos autores	Situações promotoras da qualidade de vida: experiências extracurriculares, relação professor-aluno e relacionamento entre os alunos.

Soares e Campos (2008)	Perguntas abertas confeccionadas pelos autores	Os alunos relacionaram estilo de vida com qualidade de vida.
Eurich e Kluthcovsky (2008)	WHOQOL-Brief	O maior escore médio de qualidade de vida foi para o domínio físico (72,7) e, o menor para o domínio meio ambiente (60,7).
Oliveira e Ciampone (2008)	Semiestruturado confeccionado pelos autores	A universidade propicia vivências promotoras e não promotoras de qualidade de vida dos alunos.
Oliveira, Mininel e Felli (2011)	Questionário auto-referido	Situações promotoras de QV: infraestrutura da universidade, relacionamento aluno-aluno e aluno-professor. Condições não promotoras de QV: aulas pouco didáticas, cobrança dos professores e prazos curtos para entrega de trabalhos.
Arronqui <i>et al.</i> (2011)	WHOQOL-bref	Os alunos do 1º ano apresentaram QV menor do que os do 2º em todos os domínios.
Barraza e Ortiz Moreira (2012)	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-SF)	O índice de qualidade de vida foi alto.
Souza <i>et al.</i> (2012)	SF-36	Estudantes do último ano do curso apresentaram menores escores do SF-36.
Bampi <i>et al.</i> (2013)	WHOQOL-bref	Capacidade de concentração, sono, grau de energia diário, oportunidades de lazer e recursos financeiros demonstraram-se comprometidos.
Araújo <i>et al.</i> (2014)	SF-36	Estudantes que cursam os anos intermediários (2º e 3º ano) tiveram baixa qualidade de vida.
Moura <i>et al.</i> (2016)	WHOQOL-bref	Os domínios com melhor avaliação média foram o físico (69,4) e o das relações sociais (74,3); já os piores foram o psicológico (68,5) e o ambiente (54,2).
Moritz <i>et al.</i> (2016)	WHOQOL-bref	O domínio relações sociais apresentou a maior pontuação (77,20),
Hirsch <i>et al.</i> (2018)	Escala de Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE)	Maior desencadeador do estresse foi falta de tempo para estar com amigos/familiares e realizar atividades de lazer ou descansar.
Sawicki <i>et al.</i> (2018)	SF-36	Escore acima de 70, exceto nos aspectos de vitalidade, estado geral de saúde e saúde mental.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos sobre qualidade de vida de acadêmicos de Enfermagem encontrados nas bases SciELO e LILACS, no período de 2000 a 2018.

Com relação à utilização das palavras-chaves “saúde mental”, “estudantes” e “enfermagem” foram encontrados 252 artigos científicos nas bases LILACS e SciELO e, utilizados 21 (Quadro 2).

Autores/Ano	Instrumento	Resultados
Furegato <i>et al.</i> (2005)	Pontos de vista sobre Depressão; Conhecimento sobre Depressão; Inventário de Depressão de Beck (IDB) e Escala de Zung	65,4% tiveram altos escores de depressão de acordo com seus pontos de vista. Na aplicação das duas escalas de depressão, verificou-se a existência de depressão moderada em um aluno.
Franco, Barros, Martins (2005)	SF-36 e Inventário de Depressão de Beck (IDB)	27% dos entrevistados apresentaram depressão e disforia.
Garro, Camillo, Nóbrega (2006)	Inventário de Depressão de Beck (IDB)	26,06% apresentaram sintomas indicativos de depressão.
Furegato, Santos, Silva (2008)	Inventário de Beck, Escala de Auto-Estima e Escala de Qualidade de Vida	26% apresentavam sintomas depressivos e 12,5% disforia.
Furegato, Santos, Silva (2010)	Inventário de Depressão de Beck (IDB) e WHOQOL	Depressão presente em 15,4% nos estudantes do Bacharelado e 28,6% na Licenciatura.
López e López (2011)	Questionário KEZKAK para mensurar os fatores causadores de estresse	Os alunos apresentam altos níveis de estresse durante as práticas clínicas.
Corral-Mulato <i>et al.</i> (2011)	Questionário aberto sobre percepção de estresse e prevenção	O estresse pessoal está relacionado às situações de desequilíbrio e dificuldades na vida profissional, excesso de trabalho e falta de tempo para o lazer.
Santos e Radünz (2011)	Entrevistas semiestruturadas elaboradas pelos autores	As acadêmicas conceberam o cuidar de si como algo ainda a ser explorado e apontaram como atividades imprescindíveis para isso ficar com os familiares e realizar atividade física.
Silva <i>et al.</i> (2011)	Entrevistas semiestruturadas elaboradas pelos autores	Fatores de estresse nos estudantes: sobrecarga de atividades acadêmicas; expectativas e preocupações com o mundo do trabalho; relação trabalho/estudo; relação estudo/vida familiar/moradia e relacionamento interpessoal entre os estudantes.
Herrera e Rivera (2011)	Goldberg General Health Questionnaire para avaliar sintomas depressivos.	Obteve-se uma prevalência de 36% de sofrimento psíquico.
Barboza e Soares (2012)	Os dados foram obtidos por meio de uma escala visual analógica e uma única questão aberta sobre a percepção de outras fontes de estresse	A maioria dos entrevistados (74,5%) relatou alto grau de estresse para realizar os trabalhos acadêmicos.
Gervásio <i>et al.</i> (2012)	WHOQOL-100	100% dos alunos sofreram estresse antes ou após o estágio.
Paiano <i>et al.</i> (2012)	Roteiro semiestruturado elaborado pelos autores.	Verificou-se que o acadêmico sente-se feliz ao ser cuidado e que nesse conceito de felicidade vem embutida a competência; ou seja, quem cuida bem de si tem melhores condições de cuidar do próximo.
Camargo <i>et al.</i> (2014)	Inventário de Depressão de Beck (IDB).	A totalidade dos indivíduos pesquisados apresenta sintomas de depressão.

Mota <i>et al.</i> (2016)	Inventário de sintomas do stress de Lipp versão para adultos	49,7% dos alunos apresentaram sintomas de estresse.
Almeida <i>et al.</i> (2017)	Escala de Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE)	O domínio realização de atividades práticas apresentou elevados níveis de estresse no sexto semestre.
Santana <i>et al.</i> (2018)	Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL).	72% apresentaram algum nível de estresse.
Fernandes <i>et al.</i> (2018)	Inventário de Beck para Ansiedade (IBA) e Inventário de Beck para Depressão (IDB)	A prevalência de depressão foi de 30,2% e de ansiedade, 62,9%.
Almeida <i>et al.</i> (2018)	Escala de Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE) e versão reduzida do Questionário de Suporte Social (SSQ6)	Os estudantes apresentaram intensidade alta de estresse no domínio “formação profissional”.
Carleto <i>et al.</i> (2018)	Questionário de Vivências Acadêmicas-reduzido (QVA-r) e o <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20)	Encontrou-se indicativo de Transtornos Mentais Comuns (TMC) de 43,5%.
Ávila, Cantillo, Estrada (2018)	Questionário SISCO para avaliação de estresse	90,8% referiram momentos de preocupação ou nervosismo, 42% relataram nível médio de estresse.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos que versaram sobre saúde mental de estudantes de Enfermagem, encontrados nas bases SciELO e LILACS, entre os anos de 2000 e 2018.

Em todos os trabalhos pesquisados as mulheres eram maioria entre os acadêmicos. Ademais, os estudantes de Enfermagem eram predominantemente jovens e solteiros. Estudantes de Enfermagem sem filhos apresentaram melhor QV do que aqueles com filhos (MOURA *et al.*, 2016).

A literatura é praticamente unânime em afirmar que a qualidade de vida depende da avaliação que as pessoas fazem (SAUPE *et al.*, 2004) e do estilo de vida (SOARES; CAMPOS, 2008), sendo um termo de difícil conceituação, (EURICH; KLUTHCOVSKY, 2008; SOARES; CAMPOS, 2008).

Denotou-se que os estudantes de Enfermagem vivem em contradições: experimentando de um lado, aspectos promotores da saúde e de outro, em oposição, os aspectos não promotores (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2008; OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011; HIRSCH *et al.*, 2018).

Estudos destacaram as seguintes situações promotoras de QV nos estudantes de Enfermagem: quando há um espaço para reflexão nas disciplinas; quando são apoiados pela equipe no local de estágio e quando percebem o resultado do cuidado prestado (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2008).

Ainda, os estudantes de Enfermagem destacaram os seguintes fatores que favoreciam a qualidade de vida dentro da universidade: laços de amizade estabelecidos com os colegas, alimentação oferecida por preço acessível, grande acervo da biblioteca, boa convivência com funcionários e professores e o fato da universidade ser pública e ter boa infraestrutura (OLIVEIRA *et al.*, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2018).

O perfil não promotor de QV foi percebido pelos estudantes nos seguintes

aspectos: na introdução ao ambiente hospitalar e contato com os doentes; na postura do professor, nas atitudes negativas do enfermeiro de campo; na falta de integração entre os estudantes e outros cursos da universidade; na carga horária excessiva do curso; na falta de tempo para estar com amigos/familiares e realizar atividades de lazer (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006, GERVÁSIO *et al.*, 2012, LÓPEZ; LÓPEZ, 2011, BAMPI *et al.*, 2013, ALMEIDA *et al.*, 2017, HIRSCH *et al.*, 2018).

Quanto aos fatores que comprometiam a QV, os mais relatados entre os estudantes de Enfermagem foram sobrecarga de atividades; distância diária percorrida entre a residência e a universidade; aulas pouco didáticas; atividades no ambiente hospitalar; relacionamento conflituoso com os docentes; alto grau de exigência durante o período dos estágios curriculares; curtos prazos para entrega de trabalhos; competitividade entre os alunos; falta de tempo para o lazer e preocupações com o mundo do trabalho (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011, SILVA *et al.*, 2011, CORRAL-MULATO *et al.*, 2011, HERRERA; RIVERA, 2011, BARBOZA; SOARES, 2012, BAMPI *et al.*, 2013; HIRSCH *et al.*, 2018).

Os resultados dos estudos de Eurich e Kluthcosky (2008), Souza *et al.* (2012) e Araújo *et al.* (2014) apresentaram escores de qualidade de vida baixos para mulheres e apontaram para a necessidade de maior atenção voltada ao processo de formação dos acadêmicos de Enfermagem, especialmente, as mulheres.

O estudo de Kawakame e Miyadahira (2005) evidenciou que os alunos ingressantes que se encontram no primeiro ano apresentavam a melhor QV. No entanto, o estudo de Arronqui *et al.* (2011) detectou o contrário, com os alunos da primeira série, apresentando QV menor. Este resultado pode estar associado ao ingresso na universidade, um ambiente repleto de expectativas, incertezas e que exige mudanças no estilo de vida do aluno.

Segundo, Kawakame e Miyadahira (2005) e Araújo *et al.* (2014), a causa do menor índice de QV no segundo e terceiro ano foi decorrente da inserção dos estudantes em campos clínicos de instituições hospitalares. A inserção dos acadêmicos nas aulas práticas supervisionadas origina ansiedade, conflitos e mudanças no cotidiano, com comprometimento da aprendizagem, além de cansaço físico e mental (SAUPE *et al.*, 2004, ARAÚJO *et al.*, 2014, ALMEIDA *et al.* 2017).

O IQV do aluno do quarto ano ser mais baixo do que o do primeiro ano justifica-se porque o aluno formando traz preocupação em relação a sua inserção no mercado de trabalho, remuneração salarial e realização profissional (SOARES; CAMPOS, 2008, ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004).

Pesquisas realizadas com estudantes de Enfermagem, no Brasil e no Chile, que dispunham de boas relações sociais, apoio familiar e apoio docente apresentaram altos escores de qualidade de vida (MORITZ *et al.*, 2016, BARRAZA; ORTIZ MOREIRA, 2012). No entanto, a maioria dos estudos revelou o contrário. De um modo geral, a qualidade de vida de estudantes de Enfermagem tem sido negativamente influenciada por estresse e ansiedade (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2008; CÁCERES; CASCAES;

BÜCHELE, 2010).

Não se deve esquecer o valor do docente na vida do acadêmico, tanto para o desempenho profissional quanto para o pessoal. Afinal, o docente acompanha o acadêmico em grande parte do tempo, desde sua entrada na universidade até sua saída, para que aspectos negativos de sua qualidade de vida vividos ou ocorridos durante a formação não interfiram de modo a prejudicar sua carreira profissional (GONZÁLEZ NOGUERA; GUEVARA RUMBOS, 2018).

Os estudantes universitários e, principalmente os alunos do curso de Enfermagem, têm sido alvo de estudos sobre problemas psíquicos. As alterações no comportamento dos universitários podem causar influências negativas, prejudicando o aprendizado e rendimento acadêmico (SANTOS *et al.*, 2003).

Estudo realizado com 284 estudantes de Enfermagem revelou que 90% já ingeriram álcool e 20,6% faziam uso abusivo, o que demonstrou comprometimento do estado geral de saúde e diminuição significativa da saúde mental (SAWICKI *et al.*, 2018).

O preparo emocional do aluno de Enfermagem é de grande importância para a sua atuação profissional e resolução de suas dificuldades. Embora, a grande maioria dos estudantes de Enfermagem conheçam os sintomas depressivos e frequentam cursos de saúde mental (FUREGATO *et al.* 2005), a prevalência de depressão nesses está acima daquela encontrada para a população brasileira, variando de 15,4% (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008) e 27% (FRANCO; BARROS; MARTINS, 2005, GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006, FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2010) até a totalidade dos estudantes (CAMARGO *et al.*, 2014).

Ademais, os alunos de Enfermagem apresentaram altos níveis de estresse, sobretudo, frente às situações clínicas devido ao desconhecimento, impotência e incerteza (LÓPEZ; LÓPEZ, 2011) e durante os estágios (BARBOZA; SOARES, 2012). A prevalência do estresse em estudantes de Enfermagem variou de 43,5%-49,7% (CARLETO *et al.*, 2018, MOTA *et al.*, 2016) a 62,9%-72,0% (FERNANDES *et al.*, 2018, SANTANA *et al.*, 2018).

As formas de amenizar o estresse pelos estudantes de Enfermagem foram a atividade religiosa (ÁVILA; CANTILLO; ESTRADA, 2018), descanso, atitudes otimistas e o autocontrole (CORRAL-MULATO *et al.*, 2011).

Como o processo do cuidar pode causar ansiedade, seria importante favorecer o processo de autoconhecimento e apoio aos estudantes sobre questões como medos e ansiedades, próprios do cuidar de si e dos outros (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004, SANTOS; RADÜNZ, 2011). Pode-se dizer que quem cuida bem de si tem melhores condições de cuidar do próximo (PAIANO *et al.*, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado nesse estudo, a grande maioria dos estudantes de Enfermagem apresentaram baixos escores de qualidade de vida e transtornos mentais comuns, o que pode interferir na performance acadêmica e futura atuação profissional.

Nesse sentido, é importante que dirigentes institucionais, coordenadores de cursos e docentes estimulem projetos ou programas que favoreçam a qualidade de vida e saúde mental dos estudantes, no ambiente universitário. Por sua vez, os estudantes também devem se articular para pensar os aspectos do estilo de vida saudável no seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. P. L.; SILVA, L. Q.; ROCHA, F. C. V.; BATISTA, M. R. F. F.; SALES, M. C. V. Fatores associados ao aparecimento do estresse em uma amostra de estudantes de enfermagem universitários. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 4, p. 176-188, 2017.
- ALMEIDA, L. Y.; CARRER, M. O.; SOUZA, J.; PILLON, S. C. Avaliação do apoio social e estresse em estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 52, e03405, 2018.
- ARAÚJO, M. A. N. *et al.* Qualidade de vida de estudantes de enfermagem. *Revista RENE*, v. 15, n. 6, p. 990-997, 2014.
- ARRONQUI, G. V. *et al.* Percepção de graduandos de enfermagem sobre sua qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 762-765, 2011.
- ÁVILA, I. Y. C.; CANTILLO, A. B.; ESTRADA, L. R. A. Estrés académico em estudantes de enfermería de Cartagena, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v. 20, n. 2, p. 1-11, 2018.
- BAMPI, L. N. S.; BARALDI, S.; GUILHEM, D.; POMPEU, R. B.; CAMPOS, A. C. O. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 125-132, 2013.
- BARBOZA, M. C.; SOARES, M. H. Análise dos fatores desencadeantes de estresse em estudantes do último ano de graduação em enfermagem. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 2, p. 177-183, 2012.
- BARRAZA, C. G.; ORTIZ MOREIRA, L. Factores relacionados a la calidad de vida y satisfacción em estudiantes de enfermeira. *Ciencia y Enfermería*, v. 18, n. 3, p. 111-119, 2012.
- BENAVENTE, S. B. T.; COSTA, A. L. S. Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 571-576, 2011.
- CÁCERES, A. P. B.; CASCAES, A. M.; BÜCHELE, F. Sintomas de disforia e depressão em estudantes de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 616-623, 2010.
- CAMARGO, R. M.; SOUSA, C. O.; OLIVEIRA, M. L. C. Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 392-397, 2014.
- CARLETO, C. T.; MOURA, R. C. D.; SANTOS, V. S.; PEDROSA, L. A. K. Adaptação à universidade e transtornos mentais comuns em graduandos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.

20, p. 1-11, 2018.

CHAO, R. C. L. Managing perceived stress among college students: the roles of social support and dysfunctional coping. **Journal of College Counseling**, v. 15, n. 1, p. 5-21, 2012.

CORRAL-MULATO, S.; BALDISSERA, V. D. A.; SANTOS, J. L.; PHILBERT, L. A. S.; BUENO, S. M. V. Estresse na vida do acadêmico em enfermagem: (des)conhecimento e prevenção. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 1, p. 109-117, 2011.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 332-340, 2004.

EURICH, R. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sócio-demográficas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 211-220, 2008.

FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2169-2175, 2018.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.2, p. 178-193, 2000.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 139-144, 2005.

FUREGATO, A. R. F.; NIEVAS, A. F.; SILVA, E. C.; COSTA JR, M. L. Pontos de vista e conhecimento dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 401-408, 2005.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 198-204, 2008.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. S. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 509-516, 2010.

GARRO, I. M. B.; CAMILLO, S. O.; NÓBREGA, M. P. S. S. Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 162-167, 2006.

GERVÁSIO, S. M. D.; KAWAGUCHI, L. Y. A.; CASALECHI, H. L.; CARVALHO, R. A. Análise do estresse em acadêmicos de Enfermagem frente ao primeiro estágio da grade curricular. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n. 4, p. 331-335, 2012.

GONZÁLEZ NOGUERA, T.; GUEVARA RUMBOS, B. Responsabilidad ética del docente de enfermeira em el fomento de la calidad de vida de estudiantes universitarios. **Duazary**, v. 15, n. 1, p. 87-93, 2018.

HERRERA L, L. M.; RIVERA M, M. S. Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. **Ciencia y Enfermería**, v. 17, n. 2, p. 55-64, 2011.

HIRSCH, C. D. *et al.* Fatores percebidos pelos acadêmicos como desencadeadores do estresse no ambiente formativo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 27, n. 1, e0370014, 2018.

- KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, M. K. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2005.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n.3, p. 1-12, 2009.
- LÓPEZ, F.; LÓPEZ, M. J. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería*, v. 17, n. 2, p. 47-54, 2011.
- MARCHIORI, L. L. M.; MELO, J. J.; MELO, W. J. Avaliação docente em relação às novas tecnologias para a didática e atenção no ensino superior. **Avaliação**, v. 16, n. 2, p. 433-443, 2011.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: debate necessário. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MORITZ, A. R. *et al.* Quality of life of undergraduate nursing students at a Brazilian public university. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 34, n. 3, p. 564-572, 2016.
- MOTA, N. I. F. *et al.* Estresse entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 12, n. 3, p. 163-170, 2016.
- MOURA, I. H., *et al.* Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.
- OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 130-135, 2011.
- OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 254-261, 2006.
- OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 57-65, 2008.
- PAIANO, M.; CIARIARE, B. C.; WAIDMAN, M. A.; BENTO, L. C.; COSTA, B. Cuidar e ser cuidado: a opinião de acadêmicos de enfermagem sobre um projeto de saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 2, p. 94-99, 2012.
- PARANHOS, M. E.; ARGIMON, I. I. L.; WERLANG, B. S. G. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 3, p. 383-392, 2010.
- SANTANA, L. L. *et al.* Estresse no cotidiano de graduandos de enfermagem de um instituto federal de ensino. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, e2738, 2018.
- SANTOS, T. M.; ALMEIDA, A. O.; MARTINS, H. O.; MORENO, V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em enfermagem. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 171-176, 2003.
- SANTOS, V. E. P.; RADÜNZ, V. O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 46-51, 2011.
- SAUPE, R.; NIETCHE, E. A.; CESTARI, M. E.; GIORGI, M. D.; KRAHL, M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 636-642,

2004.

SAWICKI, W. C.; BARBOSA, D. A.; FRAM, D. S.; BELASCO, A. G. S. Alcohol consumption, quality of life and brief intervention among nursing university students. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 505-512, 2018.

SILVA, V. L. S.; CHIQUITO, N. C.; ANDRADE, R. A. P. O.; BRITO, M. F. P.; CAMELO, S. H. H. Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 121-126, 2011.

SOARES, R. D. O. P. S.; CAMPOS, L. F. Estilo de vida dos estudantes de enfermagem de uma universidade do interior de Minas Gerais. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 227-234, 2008.

SOUZA, I. M. D. M.; PARO, H. B. M. S.; MORALES, R. R.; PINTO, R. M. C.; SILVA, C. H. M. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 736-743, 2012.

TEIXEIRA, A. C. P.; FONSECA, A. R.; MAXIMO, I. M. N. S. Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. de Lorena (SP). **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 3, n. 1, p. 16-27, 2002.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, p. 1403-1409, 1995.

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ENTRAVES PERCEBIDOS POR PSICÓLOGOS COORDENADORES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Anelisa Cesario Santana

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de
Psicologia
Uberlândia – MG

Ana Luiza de Mendonça Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de
Psicologia
Uberlândia – MG

Rodrigo Sanches Peres

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de
Psicologia
Uberlândia – MG

RESUMO: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) possuem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. E as oficinas terapêuticas se afiguram como um dos principais dispositivos de tratamento ofertados nos CAPSs, pois se prestam a objetivos que, embora diversificados, invariavelmente devem estar alinhados ao propósito da reinserção social dos usuários. Contudo, alcançar estes objetivos não se revela uma tarefa simples no cotidiano dos CAPSs. E o mesmo parece razoável afirmar em relação aos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em um sentido mais amplo. O presente estudo visou a identificar entraves percebidos quanto à efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira em um grupo de psicólogos coordenadores de

oficinas terapêuticas em um CAPS. Trata-se de um estudo de caso coletivo, do qual participaram seis psicólogos responsáveis pela coordenação de oficinas terapêuticas em um CAPS de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de um roteiro semiestruturado de entrevista e submetidos à análise de conteúdo. Basicamente, os participantes identificaram três entraves quanto à efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira: (1) a persistência de uma indefinição no que diz respeito à função dos CAPSs; (2) a escassez dos recursos, humanos e materiais, passíveis de utilização nos CAPSs, nomeadamente para a realização de oficinas terapêuticas e (3) a necessidade de sustentar um paradigma de cuidados em saúde mental oposto àquele que deriva do modelo hospitalocêntrico. O presente estudo, assim, auxilia a iluminar desafios que devem ser considerados nos debates atuais sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Saúde mental.

BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM: OBSTACLES PERCEIVED BY PSYCHOLOGISTS COORDINATORS OF THERAPEUTIC WORKSHOPS IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

ABSTRACT: The Psychosocial Care Centers (CAPSs) have strategic value for Brazilian Psychiatric Reform. And the therapeutic workshops are useful as one of the main treatments offered in CAPSs, since their objectives, although diversified, are aligned with the purpose of the social reintegration of users. With regard to CAPSs, these are not as obvious as a simple task. And the same seems important with regard to the objectives of the Brazilian Psychiatric Reform in a broader sense. The present study aimed to identify perceived barriers to the effectiveness of the Brazilian Psychiatric Reform in a group of psychologists coordinators of therapeutic workshops in a CAPS. It is a collective case study, in which participated six psychologists responsible for the coordination of therapeutic workshops in a CAPS of Minas Gerais. The data were collected through a semi-structured interview script and submitted to content analysis. Basically, the participants identified three obstacles to the effectiveness of Brazilian Psychiatric Reform: (1) the persistence of a lack of definition regarding the function of CAPSs; (2) the scarcity of human and material resources available for use in CAPSs, namely for therapeutic workshops, and (3) the need to sustain a mental health care paradigm that is opposite to that derived from the hospital-centered model. The present study thus helps illuminate challenges that should be considered in the current debates on the Brazilian Psychiatric Reform.

KEYWORDS: Psychosocial Care Center; Brazilian Psychiatric Reform; Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

É notório que, a nível global, muitas pessoas em sofrimento psíquico foram, por um longo período histórico, vítimas da opressão e da segregação praticadas em instituições com características asilares. No Brasil, uma possibilidade de modificação de tal situação passou a ser vislumbrada apenas no final da década de 1970, quando a lógica manicomial se tornou alvo de críticas mais incisivas, como bem observaram Devera e Rosa (2007). A princípio, tal processo foi capitaneado por profissionais de saúde mental que denunciaram situações de maus-tratos e violência nos hospitais psiquiátricos e, para além disso, se empenharam na construção de um novo lugar social para a “loucura” (AMARANTE; NUNES, 2018). Mas, ao longo dos anos 1980, outros segmentos da sociedade se deram conta de que o modelo hospitalocêntrico era incompatível com as reivindicações democráticas emergentes (FONTE, 2013).

A chamada “Reforma Psiquiátrica Brasileira” foi deflagrada neste contexto e levou, em 1987, à criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo. Tal instituição, de base comunitária, foi concebida para oferecer cuidados personalizados às pessoas em sofrimento psíquico, de forma que pode ser qualificada como prototípica dos serviços de saúde substitutivos em relação aos hospitais psiquiátricos que foram implementados a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2005). Porém, somente em 2001 o redirecionamento da assistência em saúde mental foi instituído legalmente no país. Ocorre que neste ano foi sancionada a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), a qual deu início formal ao processo de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao determinar a reinserção social do usuário como finalidade precípua do tratamento e proibir a internação em instituições com características asilares.

Por essa razão, desde 2001 os CAPSs se expandiram de maneira expressiva, sendo que, na atualidade, ocupam lugar central na rede de atenção em saúde mental, conforme Fonte (2013). De acordo com os mais recentes dados do Ministério da Saúde (2015), havia 2.209 serviços de saúde deste tipo distribuídos no território nacional em 2014. É inegável, portanto, o valor estratégico dos CAPSs para a consecução gradativa dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. E as oficinas terapêuticas têm se destacado como um dos principais dispositivos de tratamento nos CAPSs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em linhas gerais, as oficinas terapêuticas constituem um conjunto diversificado de atividades realizadas em grupo, com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários, por meio das quais se busca estimular o exercício da cidadania dos usuários e construir diferentes saídas para a estigmatização dos mesmos (PÁDUA; MORAIS, 2010).

Conforme o Ministério da Saúde (2004), as oficinas terapêuticas se dividem em três modalidades principais: expressivas, geradoras de renda e de alfabetização. As primeiras constituem espaços de expressão baseados em uma multiplicidade de linguagens, como a dança, a pintura, a música e a poesia. As segundas têm como finalidade auxiliar no sustento dos usuários através do aprendizado de atividades específicas, a exemplo da culinária, da marcenaria e da cerâmica. Já as terceiras incentivam a leitura e a escrita. Logo, conclui-se que as oficinas terapêuticas, principalmente por meio do acesso ao trabalho e ao lazer, podem se prestar a objetivos diversificados, os quais, porém, invariavelmente devem estar alinhados ao propósito da reinserção social dos usuários e ser norteados pelo respeito à singularidade de cada um deles (COSTA; FIGUEIREDO, 2004; GALLETTI, 2004).

Contudo, alcançar estes objetivos, por diversos motivos, não se revela uma tarefa simples no cotidiano dos CAPSs, como demonstra uma revisão da literatura empreendida por Lima e Peres (2018). E o mesmo parece razoável afirmar em relação aos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em um sentido mais amplo, considerando-se, por um lado, sua história ainda recente e, por outro lado, o marcante enraizamento do modelo hospitalocêntrico no país (AMARANTE; NUNES, 2018). Diante do exposto, o presente estudo visou a identificar entraves percebidos quanto à efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira em um grupo de psicólogos coordenadores de oficinas terapêuticas em um CAPS.

2 | MÉTODO

2.1 Desenho metodológico

O presente estudo representa um desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa mais ampla e se afigura como um estudo de caso coletivo. Ressalte-se que um estudo de caso visa à análise em profundidade de um determinado objeto em seu contexto real, bem como à exploração de seu aspecto singular (PERES; SANTOS, 2005; YIN, 2005). Porém, tal objeto pode ser desde um único sujeito até um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização, por exemplo. Como observou Stake (2000), para que um objeto possa ser tomado como um caso passível de estudo é importante que ele possua um caráter unitário e seja claramente delimitado. E cumpre assinalar que um estudo de caso coletivo se diferencia pela abordagem conjunta de casos individuais em prol da compreensão de um fenômeno específico (ALVES-MAZZOTTI, 2006).

2.2 Participantes

Os participantes foram seis psicólogos que coordenam oficinas terapêuticas em um CAPS selecionado aleatoriamente em uma cidade do interior de Minas Gerais. Logo, os mesmos constituíram o caso coletivo do qual o presente estudo se ocupou, sendo que todos exerciam suas funções profissionais regularmente à época em que foram recrutados. Vale destacar que os participantes representam a totalidade dos profissionais responsáveis pela coordenação de oficinas terapêuticas no CAPS em questão quando da coleta de dados. E ressalte-se que, conforme Nunes, Torres e Zanotti (2015), Souza e Pinheiro (2012) e Jucá et al (2010), dentre outros, é comum a predominância de psicólogos na coordenação de oficinas terapêuticas em CAPSs, sendo que, justamente por essa razão, tal categoria profissional foi privilegiada no presente estudo.

2.3 Coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa mais ampla da qual o presente estudo representa um desenvolvimento contou com a devida anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de filiação dos autores e foi conduzida a partir do emprego de um conjunto de instrumentos. De acordo com o objetivo do presente estudo, serão privilegiados os dados obtidos, especificamente, com a utilização de determinadas perguntas de um roteiro semiestruturado de entrevista empregado individualmente junto a cada um dos participantes. Cumpre assinalar que a opção por um roteiro semiestruturado de entrevista se deve ao fato de se tratar de um instrumento que permite ao pesquisador direcionar a coleta de dados em consonância com os tópicos que considera de maior relevância e, ao mesmo tempo, oferece aos participantes a oportunidade de se expressarem com um grau significativo de liberdade (MARTINS; BICUDO, 1994).

2.4 Análise de dados

As entrevistas realizadas com os participantes foram gravadas em áudio, obviamente com o consentimento dos mesmos, e então foram transcritas. O *corpus* do presente estudo foi constituído pelas transcrições das respostas relativas às questões já especificadas. Este material foi submetido à análise de conteúdo. Mais especificamente, foram utilizadas, durante tal processo, as diretrizes preconizadas por Bardin (2016), autora segundo a qual a análise de conteúdo se orienta em função de três procedimentos básicos. O primeiro deles demanda o empreendimento de uma leitura flutuante do conjunto do material e o delineamento de hipóteses iniciais. Já o segundo procedimento consiste na codificação do conteúdo. O terceiro, por fim, envolve a elaboração de inferências, interpretações e sínteses.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indicam que, de acordo com a perspectiva dos participantes do presente estudo, a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira passa por uma melhor definição no que diz respeito à função dos CAPSs. Porém, não houve consenso quanto ao sentido em que tal definição deveria ocorrer. O Relato 1, por exemplo, sugere que os serviços de saúde deste tipo estariam, equivocadamente, se limitando a atender as situações de crise. O Relato 2, por outro lado, sustenta que os CAPSs deveriam priorizar os casos mais graves, sendo que caberia aos serviços de saúde relativos à Atenção Básica o acompanhamento dos demais casos.

Relato 1: “Eu acho que ainda não se definiu e ainda não se sabe direito o que é um CAPS. Acho que ele ainda está numa transição. Então eu vejo que o CAPS é um lugar para atuar na crise, então a gente já vai atuar na questão crítica mesmo, né? Então, assim, às vezes eu tenho a sensação de que a gente tá... nem sei como te dizer, mas, assim, um ditado popular, tapando o sol com a peneira, sabe? Apagando incêndio mesmo, né?” (Participante 4)

Relato 2: “Estamos fazendo reuniões com o coordenador de saúde mental para que o CAPS fique mesmo com o paciente agudo e que a atenção básica fique agora com os casos mais moderados, mais de baixo risco. [...] A gente foi percebendo que os CAPS foram inchando, então essa é uma estratégia de reorganizar o trabalho, e nós vamos começar a rever essas questões, para poder fortificar a Atenção Básica” (Participante 6)

Em face deste achado, cabe salientar que, conforme a Portaria nº 854 (BRASIL, 2012), o manejo da crise psiquiátrica é um dos procedimentos a serem desenvolvidos nos CAPSs. E sabe-se que pacientes com transtornos mentais severos e persistentes constituem o público-alvo dos serviços de saúde deste tipo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Ademais, a rede de atenção em saúde mental, de acordo com os princípios da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), deve ser constituída por serviços referentes aos diferentes níveis de atenção em saúde. Logo, o desenvolvimento de ações em saúde mental também compete à Atenção Básica.

Ou seja: o posicionamento que pode ser depreendido a partir do Relato 2 se alinha à legislação vigente de maneira mais direta. Contudo, o posicionamento subjacente ao Relato 1 não se encontra equivocado, pois os CAPSs, como serviços de saúde emblemáticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, devem fomentar a reinserção social dos usuários. Ocorre que, para tanto, não podem se restringir ao atendimento das situações de crise, uma vez que, em última instância, têm como finalidade o fortalecimento dos laços de cada usuário com seu território (FONTE, 2013). E as oficinas terapêuticas podem se mostrar potencialmente proveitosas em termos da promoção da socialização e do incentivo ao exercício da cidadania, segundo Lima e Peres (2018).

Não obstante, os participantes do presente estudo também apontaram como um entrave quanto à efetivação da Reforma Psiquiátrica a escassez dos recursos, humanos e materiais, disponíveis nos CAPSs, nomeadamente para a realização de oficinas terapêuticas. O Relato 3 coloca em relevo o impacto da insuficiência de pessoal na qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde deste tipo, segundo o ponto de vista do participante em questão. O Relato 4 aborda o mesmo problema, bem como sublinha a exiguidade dos materiais passíveis de utilização em oficinas terapêuticas.

Relato 3: “Tá sempre entrando e saindo profissional, por algum motivo ou outro... Isso pesa muito pra gente. Porque a demanda fica maior, e você acaba sendo engolido pelo trabalho, por ter que cumprir determinadas coisas [...] Porque o paciente está aqui, e tem a rotina, com determinadas tarefas que devem ser cumpridas” (Participante 3)

Relato 4: “O nosso material de oficina está extremamente escasso, né? Vez ou outra o quadro de funcionários fica bastante reduzido...E nós não temos também os oficineiros, os TOs, para nos ajudar. Isso também realmente faz muita falta... Nós não trabalhamos com voluntários... então assim, por exemplo, muitas pessoas que tem habilidades, que poderiam estar aqui conosco, para nos ajudar, nos auxiliando, nós não temos” (Participante 2)

Resultados semelhantes foram reportados por Farias et al (2016) em um estudo desenvolvido junto a profissionais de um CAPS do Rio Grande do Sul. As autoras enfatizaram que profissionais sobrecarregados pelo excesso de trabalho acabam perdendo a capacidade de se comunicar de maneira humanizada e ética com os usuários dos serviços de saúde deste tipo. Como consequência, o potencial terapêutico das relações que se estabelecem entre as partes fica comprometido. E esse risco seria particularmente acentuado no âmbito das oficinas terapêuticas, pois o estudo em questão chama atenção para o fato de que a convivência proporcionada por estes dispositivos de tratamento será determinante para que os mesmos venham a se revelar terapêuticos ou não, já que muitos usuários são profundamente afetados pelo isolamento social.

A falta de recursos materiais para o desenvolvimento de oficinas terapêuticas também foi considerada problemática por psicólogos responsáveis por este dispositivo de tratamento em dois CAPSs da Bahia, os quais participaram da pesquisa de Jucá et

al. (2010). Parece razoável cogitar que, com pouca matéria-prima disponível, de fato torna-se mais difícil implementar atividades que atendam à diversidade de interesses dos usuários. Por outro lado, a queixa dos participantes do presente estudo quanto a tal situação sugere que eles valorizam a confecção de objetos concretos nas oficinas terapêuticas que coordenam. E, como advertem Kinker e Imbrizi (2015), a confecção de objetos concretos, quando tomada como um fim em si mesmo, apenas se presta a ocupar e controlar os usuários.

Por fim, os participantes do presente estudo demonstraram compreender que a Reforma Psiquiátrica Brasileira instaura um paradigma de cuidados em saúde mental totalmente novo. E tal fato, por implicar na recusa de pressupostos político-ideológicos e teórico-técnicos historicamente estabelecidos pelo modelo hospitalocêntrico, constituiria uma barreira à efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso é que se pode depreender do Relato 5, na medida em que salienta a existência de riscos quanto à retomada da lógica manicomial. O Relato 6, de forma semelhante, destaca a necessidade de uma maior sintonia entre a legislação e a assistência em saúde mental, especialmente em prol da superação da discriminação que vitimiza muitos usuários.

Relato 5: “Há uma tendência muito forte em voltar ao modelo anterior, né? Toda vez que tem um desafio, o primeiro pensamento é voltar como era antes.... não só na questão da Reforma... acho que a insegurança, o medo do novo, do desconhecido... Mas é uma luta diária, constante, né? Todos temos que lutar muito” (Participante 3)

Relato 6: “A política sozinha não adianta nada. As políticas embasam, mas não resolvem. [...] Acho que a gente já conseguiu muito, tiramos alguns estereótipos, mas ainda há muito o que caminhar” (Participante 1)

Evidencia-se, diante do exposto, que, como alertam Amarante e Nunes (2018), embora a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha avançado significativamente ao longo dos anos, o modelo hospitalocêntrico ainda constitui uma ameaça, em especial no atual cenário político-partidário, no qual predomina uma evidente reorientação conservadora. Contudo, é preciso levar em conta que até mesmo nos serviços de saúde substitutivos em relação aos hospitais psiquiátricos a lógica manicomial pode se mostrar operante, levando-os a assumir características asilares, como indicam Domingues e Paravidini (2009). Os autores chegaram a tal conclusão em uma pesquisa desenvolvida junto a usuários e profissionais de saúde de CAPSs de Minas Gerais, pois notaram que, ocasionalmente, as oficinas terapêuticas funcionavam como um mero espaço de fazeres automáticos e repetitivos, em que impera a mesmice.

Quando isso ocorre, as oficinas terapêuticas não favorecem a reinserção social dos usuários e, mais do que isso, incorrem em um evidente desrespeito à singularidade de cada um deles, em contraste com o que preconizam tanto Costa e Figueiredo (2004) quanto Galletti (2004). Aliás, é possível propor que todos os dispositivos de tratamento ofertados nos CAPSs devem ser pautados pela abertura

a diferentes modos de existência, pois, caso contrário, estarão compactuando com o esquema institucionalizante próprio da lógica manicomial e, como consequência, criando obstáculos à construção de um novo lugar social para a “loucura”. Não obstante, cumpre assinalar que a maioria dos participantes do presente estudo demonstrou concordar com essa linha de raciocínio, pois muitos deles afirmaram que se empenham em abordar cada usuário como um “caso novo”, sem apelar a respostas prontas e burocráticas, em que pese a existência de uma certa verticalização quanto à organização institucional, como se vê no Relato 7.

Relato 7: “Então, os trabalhos praticamente são já pré-ordenados, então a gente já entra em um padrão que você tem que fazer. Então eu tenho muita crítica com o CAPS nesse sentido [...] Como que a gente pode olhar para esta instituição... ou melhor, o que a gente pode fazer dela sendo uma instituição” (Participante 4)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que, basicamente, os participantes identificaram três entraves quanto à efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira: (1) a persistência de uma indefinição no que diz respeito à função dos CAPSs; (2) a escassez dos recursos, humanos e materiais, passíveis de utilização nos CAPSs, nomeadamente para a realização de oficinas terapêuticas e (3) a necessidade de sustentar um paradigma de cuidados em saúde mental oposto àquele que deriva do modelo hospitalocêntrico. Obviamente esse conjunto de resultados se refere a um grupo de psicólogos que coordenam oficinas terapêuticas em um CAPS, de forma que qualquer generalização deve ser realizada com cautela. Não obstante, parece razoável propor que o presente estudo auxilia a iluminar desafios a serem levados em conta nos debates atuais sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, inclusive no sentido de ampliar seu alcance para além do plano assistencial e, assim, viabilizar a extinção de uma tradição cultural que implica na intolerância social em relação à “loucura”.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. 2ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 8 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 8 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-854-22-AGOSTO-2012.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. Psicologia UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-79, mar. 2007. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

DOMINGUES, M. A.; PARAVIDINI, J. L. L. A construção de ofícios terapêuticos em saúde mental. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, p. x-x, dez. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a04.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Est. Sociologia**, Recife, v. 8, n. 1, p. x-x, mar. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: Editora da UCG, 2004.

JUCÁ, V. J. S. et al. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos Centros de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, p. 93-113, jun. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v8n14/v8n14a06.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O mito das oficinas terapêuticas. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 61-79, dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v5n3/n5a05.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

LIMA, A. F. M.; PERES, R. S. Entre o cuidado psicossocial e o passatempo: as oficinas terapêuticas no campo da saúde mental. **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 105-118, out. 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/37791>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental em dados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.

NUNES, V. S.; TORRES, M. A.; ZANOTTI, S. V. O psicólogo no CAPS: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **Est. Contemp. Subjetividade**, Campos dos Goytacazes, v. 5, n. 2, p. 135-146, dez.

2015. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1649/1200>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. L. S. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 457-478, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42054/45722>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, dez. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v10n20/v10n20a08.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

SOUZA, L. G. S.; PINHEIRO, L. B. Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial: álcool e drogas. **Aletheia**, Canoas, v. 38, n. 39, p. 218-227, dez. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a18.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 435-454.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APOIO: CAPES e FAPEMIG

SAÚDE MENTAL: AÇÕES DE CUIDADO DA ENFERMAGEM

Ana Vitória Conceição Ribeiro de Menezes

Especialista em gestão de políticas públicas para a saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS); mestranda em Políticas Públicas para Saúde Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); graduada em enfermagem (ESCS); Gerente de Saúde da Unidade de Internação Provisória de São Sebastião (UIPSS), Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (SEJUS DF).

Ana Socorro de Moura

Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF)
Brasília – Distrito Federal

RESUMO: **Objetivo:** compreender o contexto histórico da enfermagem em saúde mental, comparando os cuidados antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira com o modelo psicossocial atual, a fim de se entender os saberes específicos do enfermeiro em sua atuação em saúde mental. **Método:** estudo descritivo por Revisão Bibliográfica. Na coleta de dados foram utilizados livros, dissertações e leis que abordassem o tema. Seleccionados 39 artigos publicados nos últimos 10 anos, disponíveis na íntegra e em português na SCIELO. Análise de dados realizada por meio da leitura aprofundada do material e registro

de informações. **Resultados:** a enfermagem se desenvolveu grandemente após a Reforma Psiquiátrica, mas ainda existem desafios que o enfermeiro necessita superar para que ocorra a transição do modelo asilar para o modelo psicossocial de atenção. **Conclusão:** quando o enfermeiro supera os obstáculos para atuar em saúde mental ganha reconhecimento e melhora a qualidade de vida de seus pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde mental, História da Enfermagem.

MENTAL HEALTH: NURSING CARE ACTIONS

ABSTRACT: **Objective:** to understand the historical context of nursing in mental health, comparing care before the Brazilian Psychiatric Reform with the current psychosocial model, in order to understand the specific knowledge of nurses in their work in mental health. **Method:** descriptive study by bibliographic review. In the collection of data, books, dissertations and laws were used to address the theme. Selected 39 articles published in the last 10 years, available in full and in Portuguese at SCIELO. Data analysis performed through in-depth reading of the material and recording of information. **Results:** nursing has developed greatly after the psychiatric reform, but there are still challenges that the nurse needs to overcome in order for the transition from the asylum model to the

psychosocial care model to occur. **Conclusion:** when nurses overcome obstacles to work in mental health, they gain recognition and improve the quality of life of their patients.

KEYWORDS: Nursing, Mental health, History of Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Sofrimento mental – estado de desequilíbrio entre corpo e mente – nem sempre foi considerado dessa maneira. No início do século XV, os “loucos”, “perturbados”, “possuídos por forças malignas” eram tratados tal como os leprosos no início dos tempos, uma maldição. Seus desvios eram encarados como punição para seus pecados, e a maneira correta da Igreja e do cristão se comportarem diante dessas pessoas era excluindo-os do convívio social para que assim pudessem ter reintegração espiritual (FOUCAULT, 1978).

As primeiras condutas em busca do tratamento dessas pessoas foram no sentido de tirá-las do convívio social e enclausurá-las em manicômios, locais em que não tinham direito à identidade própria, ao convívio familiar, ou a expressar seus desejos e necessidades (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011).

O médico Philippe Pinel (1745–1826) deu nova posição ao “louco”, tratando-o como um paciente que deveria receber tratamento médico, dando início à categorização de doenças psíquicas. Ele criou o manicômio, lugar de refúgio e tratamento, empenhando-se a entender a origem da loucura e, portanto, a encontrar a cura para o “desvio”. Esses estudos serviram de base para o que é denominado hoje de psiquiatria, exercendo influência em cientistas de diversos países (REINALDO; PILLON, 2007).

Com o decorrer do tempo, nos manicômios, os pacientes atendidos não recebiam tratamento humanizado, por não serem considerados seres humanos completos ou úteis à sociedade. Nesse contexto, nascem propostas de reforma psiquiátrica em nível mundial, e juntamente com esse movimento surge, na década de 1970, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo principal objetivo é a desinstitucionalização do atendimento e a garantia dos direitos civis dos pacientes (SILVA; AZEVEDO, 2011).

O trabalho do enfermeiro no contexto psiquiátrico iniciou-se com ações que se restringiam a vigilância e repreensão dos pacientes. Só era dada importância ao diagnóstico e a sintomas apresentados. Em parte, esse modo de atenção se dava pelo modelo hospitalocêntrico e desumanizado vigente na época; e em parte ao pouco desenvolvimento de conhecimento científico por parte dos enfermeiros de um modo geral e em especial voltado à psiquiatria (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011).

Após a Reforma Psiquiátrica brasileira, o trabalho em saúde mental, priorizado em serviços extra-hospitalares, passou a exigir do enfermeiro uma visão construída a partir de uma abordagem em equipe interdisciplinar. Além disso, o profissional precisaria ampliar seus conhecimentos para ter boa inserção na equipe e tornar-se um profissional autônomo (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Graças ao reconhecimento da Enfermagem como profissão de saber científico, as ações de cuidado em suas múltiplas dimensões – ao lidar com o ser humano – têm dado visibilidade ao seu trabalho, em um processo de modificação e adaptação aos princípios da Reforma Psiquiátrica (SANTOS, 2009).

Diferente da prática assistencial em Unidade Básica de Saúde e em hospitais gerais, na atenção em saúde mental não existe procedimentos e funções tão bem delimitadas para o enfermeiro, já que as necessidades dos usuários são questões o comportamento humano e seus processos mentais, envolvendo as mudanças das funções psíquicas, não visíveis, e necessitam de uma escuta ativa, para que possam ser identificadas alterações. Por isso, ou o enfermeiro se capacita e ganha conhecimento científico para atuar na área, ou tende a se empenhar em questões administrativas, muito aquém da atenção psicossocial proposta (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010).

Portanto, o objetivo geral deste trabalho é compreender a atuação da Enfermagem em Saúde Mental por meio da análise de literaturas referentes ao assunto. Para alcançar essa meta, entretanto, foi preciso entender o contexto histórico de enfermagem em saúde mental, comparar os cuidados de enfermagem antes da Reforma Psiquiátrica com o modelo de atenção psicossocial atual e analisar os saberes específicos do enfermeiro em sua atuação em saúde mental.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de investigação. Segundo Barros e Souza (1986), na pesquisa descritiva há observação, registro e análise de dados, correlacionando-os com fenômenos, sem que haja manipulação.

O método escolhido foi a revisão bibliográfica, que é vital para o conhecimento científico, pois analisa e interpreta investigações prévias, identificando o estado atual dos conhecimentos, suas lacunas e a relevância de publicações em um dado tema (CARDOSO; ALARCÃO; CELORICO, 2010).

Para a coleta de dados foram utilizados artigos publicados em revistas científicas nacionais, documentos e publicações governamentais, extremamente importantes para definições e conceitos, e livros com a temática *Enfermagem em saúde mental*.

Os artigos científicos foram selecionados na base de dados eletrônicos da *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, a partir dos seguintes descritores: enfermagem psiquiátrica, saúde mental, história da enfermagem e enfermagem. As referências encontradas formaram um total de 39 artigos.

Como fatores de inclusão estão os artigos publicados no período de 10 anos, disponíveis na íntegra e escritos em português. Como critérios de exclusão estão os trabalhos que abordam a enfermagem psiquiátrica, mas focando na patologia e que não sejam claramente sobre o cuidado em saúde mental.

A análise de dados foi realizada por meio do estudo aprofundado de todo

o material pesquisado e pelo preenchimento de um fichamento dos textos com os seguintes dados: título do trabalho, ano de publicação, metodologia utilizada e uma descrição resumida do conteúdo, incluindo quais foram as conclusões dos autores com seus estudos. Dos 39 trabalhos encontrados a partir dos descritores citados, 19 foram selecionados como dentro dos critérios para serem utilizados neste artigo. Os 20 artigos excluídos não estavam apresentados na íntegra ou não apresentavam conteúdo relevante para o tema proposto.

Em relação às teses de mestrado utilizadas no trabalho, foram selecionadas duas: *Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil*, de Maria Aparecida Gussi, em 1987. E *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*, de Mirna Yamazato Koda (2012).

Os livros eleitos para dar embasamento ao trabalho foram selecionados por serem materiais considerados influentes na psiquiatria/saúde mental em enfermagem. Foram os seguintes: *História da loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault (1972) e *Enfermagem em saúde mental*, de Ruth Mylius Rocha (2012).

Foram selecionadas também a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 e a Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Foram escolhidas por serem consideradas as que mais tiveram relevância no contexto da atenção à saúde mental no Brasil e, consequentemente, para os objetivos do trabalho.

3 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 História da Psiquiatria

Desde que o ser humano adquiriu a capacidade de viver em sociedade o homem passou a atribuir ideias para os distúrbios apresentados pelos indivíduos, que hoje se define estando em sofrimento mental. Em tempos antigos, condutas consideradas diferentes das usuais eram atribuídas a forças exteriores, tais como maus espíritos, almas perdidas, deuses, magos, demônios ou bruxos. E o tratamento oferecido advinha por práticas mágicas e religiosas (TERRA; RIBAS; SARTURI; ERDMANN, 2006).

O avanço nesse pensamento se iniciou por meio de estudos de filósofos. Hipócrates (século V a.C.) fez uma classificação dessas “perturbações” que incluía mania, melancolia, histeria, psicose pós-parto, entre outras. Empédocles acreditava que o comportamento humano era definido por uma relação de amor e ódio. Já Galeno (século II d.C.) estudou anatomia e fisiologia do sistema nervoso para buscar conclusões para essas alterações (ROCHA, 2012).

Na Europa, no século XVII, foram criadas casas de internação para “desviantes”: loucos, mendigos, pobres e religiosos infratores. Nessas instituições não havia a presença de nenhum médico, apenas funcionários responsáveis pela alimentação e higienização dos marginalizados, irmãos de caridade muitas vezes eram responsáveis

pela supervisão do trabalho. Esses locais causavam medo à população, principalmente pelo pensamento de que eram doentes cujas doenças eram contagiosas (KODA, 2002).

Após sérias denúncias sobre o tratamento recebido em manicômios e a percepção de que não havia melhoria na qualidade de vida e muito menos cura dos pacientes internados, iniciou-se um movimento que provocou sérias mudanças na psiquiatria. O trabalho multidisciplinar começou a ser valorizado, assim como surgiram conceitos como desinstitucionalização, ações extra-hospitalares, além de mudanças no conceito de paciente psiquiátrico, que passou a ser um indivíduo em sofrimento mental (OSINAGA; FUREGATO, 2007; AMARANTE, 2013).

Por conseguinte, pode-se afirmar que desde o início dos tempos até os dias atuais, a visão da sociedade mudou radicalmente em relação às pessoas em sofrimento mental. Essas mudanças ocorrem concomitantemente com o desenvolvimento da ciência. Portanto, a enfermagem também contribuiu com esse processo e, por meio do alienismo, da psiquiatria e agora da atenção à saúde mental, desenvolveu seu trabalho e se tornou profissão atuante e indispensável no âmbito da saúde.

3.2 História da Psiquiatria Brasileira

Com o desenvolvimento do Rio de Janeiro como metrópole, no início do século XIX, houve a preocupação em retirar das ruas os “loucos”, mendigos e todos os marginalizados. Essas pessoas inicialmente eram internadas no Hospital Santa Casa de Misericórdia, mas a situação dos hospitalizados era muito precária. Por isso, em 1841, Dom Pedro II criou o Hospício Pedro II na periferia do Rio de Janeiro. Porém, essa medida não trouxe mudanças à assistência aos marginalizados nesse hospício (GUSSI, 1987).

Após a proclamação da República, a assistência tornou-se mais científica, e o Hospício Pedro II tornou-se o Hospício Nacional dos Alienados. As irmãs de caridade, que antes coordenavam o lugar, foram substituídas por enfermeiras vindas da França, e também se iniciou a criação de uma escola para formação de enfermeiros psiquiatras, em 1890. Posteriormente, essa escola foi ligada ao Ministério da Saúde e hoje é a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade do Rio de Janeiro (ROCHA, 2012; GUSSI, 1987).

Nos anos 1970, iniciou-se a divulgação do tratamento recebido pelos pacientes atendidos em hospitais psiquiátricos, com os maus-tratos recebidos durante a ditadura militar. Muitos movimentos denunciavam a violência recebida e iam protestar a favor da reforma na assistência psiquiátrica, ao mesmo tempo em que o Movimento de Reforma Sanitária pedia a redemocratização da saúde. Com o desenrolar do tempo surgiram mais discussões e reflexões sobre o assunto até culminar com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (KODA, 2002).

A enfermagem, nessa época inicial da instituição dos manicômios, era figura coadjuvante, não tinha voz. Com o passar do tempo, a criação das escolas de

Enfermagem e seu reconhecimento como profissão, ela passou a ter papel fundamental. Atualmente, o modelo de atenção psicossocial vigente, em que não há (ou não deveria haver) hierarquização entre as profissões, passou a ter atuação científica (LUCCHESI; BARROS, 2009).

Portanto, o desenvolvimento da psiquiatria/saúde mental no Brasil aconteceu de forma muito parecida com o restante do mundo. Ou seja, com o desenvolvimento da ciência, tanto biológica como psicológica e filosófica, aperfeiçoaram-se os conhecimentos e consequentemente o tratamento dos pacientes.

3.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira

Do primeiro hospício criado no Brasil até a década de 1970 outros muitos foram construídos. Nesses locais, a maioria dos pacientes se tornavam crônicos e poucas vezes recebiam alta ou a “cura” tão esperada. Questionamentos começaram a surgir sobre as situações em que se vivia nesses locais, começou-se a pensar em outras formas de tratamento em que a cura não fosse o único objetivo, e sim a reabilitação dos pacientes. Assim, surgiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com críticas ao saber psiquiátrico da época e buscando a desinstitucionalização e a desconstrução dos manicômios (SILVA; AZEVEDO, 2011).

Movimentos pró-saúde mental começaram a ganhar força, denunciando a desumanização dos manicômios e propondo alternativas extra-hospitalares, organizando conferências e congressos sobre o tema. Tinham como marcos importantíssimos a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, e o Projeto de Lei (PL) nº 3.657 de 1989, com a proposta de extinguir os manicômios (ROCHA, 2012).

Esse PL se transformou na Lei 10.216, de 4 de junho de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Garante-lhes o melhor tratamento possível no sistema de saúde, de acordo com suas necessidades. Também visa ao tratamento do paciente em sofrimento mental, prioritariamente por instrumentos extra-hospitalares, com ênfase central em sua reabilitação (BRASIL, 2001).

Considerando a Lei 10.216 de 2001, a Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004, prevê a redução dos leitos hospitalares e recomenda estratégias para que ela ocorra. Ela incentivou o aumento da quantidade de CAPS, residências terapêuticas, equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), bem como outros meios extra-hospitalares para o tratamento dos indivíduos em sofrimento mental (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica apresentou alternativas para substituir a atenção manicomial predominante. Trata-se de uma política que vem aliar loucura com cidadania, ética com ciência, ou seja, uma

política que traz novas formas de enxergar e lidar com a loucura, envolvendo questões, não apenas, ligadas à desinstitucionalização, mas, também, a questões técnicas, administrativas, jurídicas e, fundamentalmente, éticas (FERNANDES; SADIGURSKY; SILVA; AMORIM; TEXEIRA; ARAÚJO, 2009).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o ponto de partida para uma atenção às pessoas em sofrimento mental, preocupada em realmente utilizar a humanização como ferramenta, além de se importarem em reabilitar os pacientes, considerando-os em todos os seus aspectos.

A enfermagem também sofreu muitas modificações após a Reforma, precisou buscar mais autonomia, fundamentação científica e aprender a se posicionar dentro da equipe de saúde interdisciplinar.

3.4 Desafios do enfermeiro em saúde mental

Por meio de pesquisas é possível notar que quando o enfermeiro possui conhecimento e, portanto, segurança o suficiente em lidar com indivíduos em sofrimento mental, o serviço em que ele atua se torna mais eficiente. Em consequência, isso gera um reconhecimento do profissional como imprescindível para que ocorra a reabilitação dos pacientes. Porém, o que se vê em diversos cenários é o despreparo dos profissionais enfermeiros em atuarem na área (MORAES; FILHO; SANTOS; PERES; SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Monteiro (2006) afirma que o enfermeiro é muito requisitado pela equipe para resoluções de intercorrências em atividades burocráticas, tais como: demandas de médicos, familiares de pacientes, profissionais de limpeza; e manter atualizadas previsões. Assim, pouco tempo lhe resta para a relação direta com os pacientes, ou seja, para ações terapêuticas e atividades de reabilitação social. Por isso, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento de suas funções, para que não se sobrecarregue em tarefas que não lhe cabem, e assim possa desempenhar atividades condizentes com seu preparo científico.

Nos artigos analisados, pode-se perceber que os autores se preocuparam em descrever as funções desempenhadas pelo enfermeiro em saúde mental, sempre ressaltando as adversidades para que a assistência seja desempenhada e os benefícios assistenciais ganhos quando o enfermeiro realiza bem seu serviço.

A tabela a seguir consiste em um resumo das funções citadas nos trabalhos.

FUNÇÕES DESEMPENHADAS	Nº	%
Medicamentos: administrar, supervisionar	5	11,9
Gestão da equipe e do trabalho	5	11,9
Participação em oficinas e grupos terapêuticos	4	9,5
Realizar acolhimento	4	9,5
Relacionamento terapêutico	4	9,5

Medidas de conforto e higiene	3	7,1
Participar de reuniões de equipe: processo de enfermagem e projeto terapêutico singular	3	7,1
Realizar educação em saúde junto a equipe de enfermagem e participar de educações continuadas	3	7,1
Realizar práticas administrativas	3	7,1
Monitorar sinais vitais	2	4,7
Acompanhar outras comorbidades clínicas	1	2,3
Auxiliar a família da pessoa em sofrimento psíquico	1	2,3
Prestar assistência nos períodos de abstinência do uso de álcool e outras drogas	1	2,3
Proteção contra quedas e auxílio na deambulação	1	2,3
Realizar visitas domiciliares	1	2,3
Vigilância e controle	1	2,3
Total:	42	100

Tabela 1- Funções desempenhadas pelo enfermeiro na assistência em saúde mental, de acordo com os 19 artigos nacionais selecionados, nos últimos 10 anos.

É possível notar, por meio da tabela, que as pesquisas realizadas pelos autores demonstram que a enfermagem desempenha funções muito diversificadas. Dos 19 artigos analisados foi possível extrair o total de 16 funções, mencionadas 43 vezes durante os trabalhos.

A assistência junto a medicações dos pacientes ficou entre as duas funções mais citadas pelos os autores. Carvalho e Felli (2006), Paes, Maftum e Mantovani (2010) concordam que a administração de medicações é uma função mecânica, que exige apenas prática, evidenciando o pouco conhecimento científico do enfermeiro.

Em contrapartida, Cardoso e colaboradores (2011) afirmam que existe uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso, já que, muitas vezes, a severidade do sofrimento mental leva a um prejuízo cognitivo. Isso dificulta o entendimento dos pacientes sobre a terapia medicamentosa, levando-os a não tomar as medicações da maneira adequada. Por isso, a enfermagem teria o papel de identificar esse problema entre seus pacientes, por meio do processo de enfermagem, e oferecer a assistência necessária.

Para que essa ação seja realizada, é necessário não só que o enfermeiro tenha domínio sobre patologia e medicamentos psiquiátricos, como também saiba realizar abordagens terapêuticas em saúde mental. Portanto, o cuidado com as medicações pode ser encarado de duas maneiras, e a eficiência nesses cuidados depende do nível de capacitação dos enfermeiros.

A gestão do trabalho vem sendo citada pelos autores como uma forma não só de organizar o serviço, como de melhorar a prática assistencial, possibilitando melhores intervenções e consequentemente melhores resultados. Essa função do enfermeiro não é realizada apenas confeccionando escalas e supervisionando o serviço. Mas também ofertando treinamento para o desenvolvimento da criatividade, da determinação e da responsabilidade dos profissionais que atuam em seu serviço (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011; MONTEIRO, 2006; CARDOSO; MIASSO; GALERA; MAIA; ESTEVES, 2011; MUNARI; GODOY; ESPERIDIÃO, 2006; FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Por meio da tabela é possível notar, ainda, que muitas das funções executadas pelos enfermeiros demonstram a falta de especificidade no cuidado em saúde mental. Concordando, portanto, com Paes que diz que há “(...) falta de especificidade no cuidado ao paciente com morbidade clínico-psiquiátrica e que existe maior ênfase no conforto e nas técnicas do cotidiano de enfermagem, como administração de medicamentos, auxílio na higiene e deambulação” (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010).

Para se entender melhor o porquê dos enfermeiros se empenharem mais em atividades não específicas da saúde mental, os artigos trouxeram as dificuldades enfrentadas por eles, cuja descrição está na tabela abaixo:

DIFICULDADES ENCONTRADAS	Nº	%
Medo/ansiedade, relacionado à agressividade dos pacientes	6	22,2
Ensino de enfermagem em psiquiatria/saúde mental inadequado	5	18,5
Desafios oriundos na transformação do modelo asilar para o psicossocial	4	14,8
Preparo técnico insuficiente (especialização)	4	14,8
Sobrecarga de trabalho	2	7,4
Falta de planejamento na assistência (SAE)	2	7,4
Incompreensão do cuidado da enfermagem em saúde mental	2	7,4
Falta de empatia com a área de saúde mental	1	3,7

Relação hierárquica entre a equipe multidisciplinar	1	3,7
Total:	27	100

Tabela 2 - Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na assistência em saúde mental de acordo com os 19 artigos nacionais selecionados, nos últimos 10 anos.

O desafio a ser superado mais relatado pelos enfermeiros foi o medo e a ansiedade, relacionado à agressividade dos pacientes, indicando que atualmente ainda vigora o pensamento de que o portador de sofrimento mental precisa ser excluído da sociedade. Isso porque seu comportamento oscila entre ser passivo, já que é considerado incapaz de se adaptar ao padrão de vida dito normal, e entre ser violento, sendo um perigo para si mesmo e para as pessoas à sua volta. Demonstra-se, portanto, que ainda existe o pensamento asilar em meio aos próprios profissionais da saúde (SILVA: AZEVEDO, 2011; PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010; LUCCHESI; BARROS, 2009; CARDOSO; MIASSO; GALERA; MAIA; ESTEVES; 2011; MACIEL; MACIEL, BARROS; SÁ; CAMINO, 2008; SILVA; FUREGATO; GODOY, 2008).

Entretanto, é possível notar que há correlação entre todas as dificuldades apresentadas pelos autores: elas estão de algum modo ligadas à falta de preparo pessoal e profissional para a atuação em saúde mental. Seja pelo ensino em saúde mental ineficiente na graduação em enfermagem, ou pela falta de especialização na área.

Apesar da Reforma Psiquiátrica ter sido fortalecida pela Lei 10.216, é importante ressaltar que a transição do modelo asilar para o psicossocial se encontra, ainda, em processo de implantação. Alguns autores trazem como solução para as falhas na assistência a necessidade de maior luta política para se obter discursos mais inclusivos para a pessoa em sofrimento mental^{5,27, 28, 29}.

Há necessidade de melhor articulação na disciplina de saúde mental/psiquiatria ofertada na graduação de enfermagem, envolvendo a quebra de paradigmas, que assegure a inversão do modelo hospitalocêntrico. A perspectiva é ampliar o olhar dos estudantes para a saúde mental (SANTOS, 2009; MONTEIRO, 2006; CAMPOY; MERIGHI; STEFANELLI, 2005; SILVA; FUREGATO; GODOY, 2008).

Os artigos também trazem como solução a educação permanente, como oportunidade para repensar sua prática, e o desenvolvimento da reabilitação psicossocial. Além disso, trazem a sistematização da assistência em enfermagem, citando também o plano terapêutico individual (SANTOS, 2009; PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010; CARVALHO; FELLI, 2006; CARDOSO; MIASSO; GALERA; MAIA; ESTEVES; 2011; FURLAN; RIBEIRO, 2011).

O modelo psicossocial de atenção, proposto a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, indica que a atuação do enfermeiro em saúde mental tem incorporado estratégias de organização fundamentada na integralidade da atenção, de forma mais

flexível e criativa. Deve utilizar o vínculo terapêutico como principal ferramenta de seu trabalho, considerando a subjetividade de cada indivíduo (MONTEIRO, 2006).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é realizado por meio da avaliação integral da pessoa em sofrimento mental e, a partir de então, delinear uma linha de cuidados individual para ela (MONTEIRO, 2006).

O processo de enfermagem contribui para a enfermagem ser mais autônoma e mais científica, sua formulação adequada direciona o planejamento e a avaliação dos cuidados. Organiza as ações de enfermagem com foco na complexidade exigida pelo paciente em sofrimento mental, dando clareza da importância das ações realizadas e contribuindo para o tratamento do paciente (MONTEIRO, 2006).

Portanto, é possível notar que em saúde mental é exigido do enfermeiro mais do que técnicas definidas e saber científico. Para atuar nessa área, o profissional deve ter iniciativa e criatividade, conquistando seu espaço no cenário em que atua, sabendo lidar com intervenções subjetivas. Usando o saber articulado, de forma a favorecer a produção de uma inclusão social com melhoria na qualidade de vida dos usuários e seus familiares.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da compreensão do contexto histórico da enfermagem em saúde mental, antes e após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é possível notar a evolução da assistência. O modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica solicita ao enfermeiro ações muito mais abrangentes, o que exige maior preparo e empenho.

O enfermeiro é um profissional extremamente importante no campo da saúde mental, com saberes e funções específicos, o que fica demonstrado pelos resultados deste trabalho, exemplificando as diversas atuações do enfermeiro nessa área. Ficou claro que o enfermeiro, quando atuante politicamente e bem preparado cientificamente, tem papel fundamental dentro da equipe interdisciplinar.

Foi possível também entender as dificuldades com que os enfermeiros lidam para executar bem seu serviço, desde a falta de preparo durante a graduação até condições de trabalho inadequadas. As dificuldades pontuadas podem ser encaradas como desafios a serem vencidos. É preciso que os enfermeiros tenham esse pensamento para buscarem se tornar profissionais melhores, fundamentando seu cuidado ao indivíduo portador de sofrimento mental.

Sendo assim, é de grande relevância que a atuação do enfermeiro em saúde mental se sensibilize para as propostas exigidas na atual política de saúde mental. É preciso que atue com humanização, pensando na integralidade da assistência e pondo em prática todos os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- BARROS, A. J. P.; SOUZA, N. A. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 6 abril 2001. Seção 1, p. 2.
- BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2004.
- CAMPOY, M. A.; MERIGHI, M. A. B.; STEFANELLI, M. C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 165-172, 2005.
- CARDOSO L.; MIASSO A. I.; GALERA, S. A. F.; MAIA, B. M.; ESTEVES, R. B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1146-1154, 2011.
- CARDOSO, T.; ALARCÃO, I.; CELORICO, J. **Revisão da literatura e sistematização do conhecimento**. São Paulo: Porto Editora, 2010.
- CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 61-69, 2006.
- DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 698-703, 2011.
- FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D.; SILVA, R. M.; AMORIM, A. B.; TEXEIRA, GAS; ARAÚJO, M. C. F. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 962-968, 2009.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R. O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 390-396, 2011.
- GUSSI, M. A. **Institucionalização da Psiquiatria e do Ensino de Enfermagem no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.
- KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo; 2002.
- LUCHESE R, BARROS S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 152-160, 2009.
- MACIEL, S. C.; MACIEL, C. M. C. M.; BARROS, D. R.; SÁ, R. C. N.; CAMINO, L. F. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008.

MONTEIRO, C. B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 735-739, 2006.

MORAES, A. E. C.; FILHO, A. J. A.; SANTOS, T. C. F.; PERES, M. A. A.; SOUZA, M. C. F.; OLIVEIRA, A. B. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 526-535, 2010.

MUNARI, D. B.; GODOY, M. T. H.; ESPERIDIÃO, E. Ensino de enfermagem psiquiátrica / saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 684-693, 2006.

NAGAOKA, A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de um centro de atenção psicossocial e sua vivência com a doença mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 912-917, 2011.

OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. L. C. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 689-691, 2007.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 70-77, 2007.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 277-284, 2010.

REINALDO, M. A. S.; PILLON, S. C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 688-693, 2007.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2012.

SANTOS, A. C. C. F. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 51-55, 2009.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 587-594, 2011.

SILVA, E. C.; FUREGATO, A. R. F.; GODOY, S. Estudos de casos clínicos em saúde mental por meio de discussão on-line. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 425-431, 2008.

TERRA, M. G.; RIBAS, D. L.; SARTURI, F.; ERDMANN, A. L. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 711-717, 2006.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; DUARTE, F. A. B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.1, p. 115-122, 2011.

TRAJETÓRIA DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

Beatriz Jacques Cardoso Rodrigues

Enfermeira Residente da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF)
Salvador – Bahia

Laís Chagas de Carvalho

Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA
Salvador – Bahia

RESUMO: O propósito desse estudo é descrever a trajetória das trabalhadoras de enfermagem do CAPSi através da caracterização do seu perfil sociodemográfico e trajeto de formação e atuação profissional. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa com análise de conteúdo. Foram aplicados questionários semiestruturados para as enfermeiras e técnicas de enfermagem de dois CAPSi da cidade de Salvador, Bahia, totalizando sete participantes. A análise de dados foi organizada em quatro unidades temáticas: 1. Perfil sociodemográfico das trabalhadoras; 2. Trajetória de formação das trabalhadoras; 3. Trajetória de atuação profissional e 4. Atuação das trabalhadoras no CAPSi. Todas as trabalhadoras são do sexo feminino, 05 são enfermeiras e 02 técnicas de enfermagem. Todas relataram que durante a sua formação não foram abordadas as premissas da reforma psiquiátrica nas aulas

teóricas e os campos de práticas se deram em hospitais asilares. As sete participantes afirmaram não terem contato com o cuidado ao público infantojuvenil nas suas experiências profissionais antes de atuarem no CAPSi e quatro referiram a preferência em prestar assistência ao público adulto. Os resultados contribuíram para fornecer informações sobre as trabalhadoras de enfermagem que atuam no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde mental; Cuidado infanto-juvenil.

TRAJECTORY OF NURSING WORKERS AT THE CHILD PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

ABSTRACT: The purpose of this study is to describe the trajectory of the nursing workers of the CAPSi through the characterization of their sociodemographic profile and path of academic education and professional performance. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Semi-structured questionnaires were applied to the nurses and nursing technicians of the two CAPSi from Salvador, Bahia, totaling seven participants. The data analysis was organized into four thematic units: the sociodemographic profile of the workers; the trajectory of academic formation of the nursing workers; the trajectory of professional

performance of the nursing workers and the performance of the nursing workers in the CAPSi. All nursing workers are female, 05 are nurses and 02 are nursing technicians. All mentioned that during their academic education, the premises of the Brazilian psychiatric reform in the theoretical classes were not approached and the practical classes were given in psychiatric hospitals. The seven participants reported that they did not have contact with the child and adolescent public in their professional experiences before attending the CAPSi and four mentioned their preference in providing assistance to the adult public. The results contributed to provide information about nursing workers who work in the care of children and adolescents with mental disorders.

KEYWORDS: Nursing, mental health; Child care

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciado na década de 80 trouxe mudanças na maneira de pensar e agir no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Em substituição aos manicômios, novos espaços foram criados para garantir que esses indivíduos tivessem o cuidado necessário sem que houvesse a perda da sua autonomia, seus direitos básicos e o convívio social pleno, assim como preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, instituída no ano de 2001 (BRASIL, 2013).

Historicamente, a enfermagem na saúde mental limitou-se ao ambiente hospitalar, onde seu papel era meramente observar o comportamento dos pacientes, contê-los quando houvesse necessidade, auxiliar o médico em suas intervenções e executar as prescrições (POLUBRIAGINOF, CAMPOS, 2016).

O modelo hospitalocêntrico de atuação na assistência de Enfermagem se manteve dominante até que advento da RPB modificou a maneira como o cuidado a pessoa com transtorno mental deve ser ofertado.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados para serem os locais de serviços de saúde substitutivos aos asilos e são constituídos por uma equipe multiprofissional que atuam de forma interdisciplinar, integrando o usuário, a família e a comunidade, tendo papel estratégico na inclusão dessas pessoas no convívio social (BRASIL, 2015).

Na perspectiva psicossocial, as trabalhadoras de enfermagem passam a desempenhar o papel de agentes promotoras da reinserção do indivíduo ao convívio social, enxergando-o como um ser integral, pautando suas ações através do conhecimento científico, comunicação terapêutica e empatia (REINALDO, PILLON, 2007; BRASIL, 2013).

O Brasil foi impulsionado a pensar em políticas públicas destinadas especialmente para o público infantojuvenil, já que ao longo da sua história, as políticas de saúde mental eram geralmente para a parcela adulta.

Porém, somente com o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) do ano

de 1990, esse pensamento foi intensificado. Este estudo considera que criança é a pessoa de 0 a 9 anos de idade e adolescente a pessoa que está entre os 10 e 19 anos de idade, seguindo a classificação etária convencionada pelo Ministério da Saúde brasileiro.

No ano de 2002, a portaria 336/02 (BRASIL, 2002) viabilizou a criação de Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), serviços onde o público infantojuvenil receberia uma assistência pautada na intersetorialidade, territorialidade e a família.

Posteriormente em 2005, após os direcionamentos da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), foi criado o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Através do fórum, seriam articuladas ações intersetoriais que garantissem a participação democrática dos usuários e seus familiares, na formulação de diretrizes que envolvessem as políticas de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) (COUTO, DELGADO, 2015).

A criação de políticas específicas deve-se principalmente às inúmeras categorias de transtornos mentais comuns a essa faixa etária como psicoses, autismo, problemas decorrentes da dependência ao álcool e outras drogas, além das peculiaridades inerentes às crianças e adolescentes (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016).

Segundo Couto e Delgado (2015), ao ignorar a relevância dos diversos transtornos comuns às crianças e adolescentes e os aspectos intrínsecos ao seu crescimento e desenvolvimento, esses indivíduos podem ser colocados à margem da sociedade por não se enquadrarem nas condutas padronizadas e impostas por ela, através de mecanismos de criminalização e institucionalização, sendo retirada dessas pessoas a possibilidade da assistência adequada nos serviços de saúde.

Em paralelo, Brandão Junior, Canavêz e Ramos (2017) discutem em seu texto como o desconhecimento das singularidades infantojuvenil pode patologizar, medicalizar e encaminhar para os serviços de saúde, indivíduos que apresentam dificuldades que anteriormente faziam parte dos processos educacionais.

Atualmente, existe um esforço para enfrentar os problemas decorrentes das lacunas históricas em relação à ausência de políticas públicas de saúde mental destinadas ao público infantojuvenil, e a adequação do preconizado por essas políticas ao cuidado prestado pelos trabalhadores de saúde inseridos nos CAPSi (TAÑO, MATSUKURA, 2015).

Todavia, para combater esses entraves, é indispensável a adaptação do que foi aprendido por esses trabalhadores durante a sua formação e atuação profissional, com o que é recomendado pela perspectiva psicossocial. Dentre as categorias de trabalhadores, destaca-se as enfermeiras e técnicas de enfermagem.

A atuação da equipe de enfermagem no CAPSi tem como premissa a intersetorialidade e a inclusão da família no processo do cuidado. Quando o público alvo é o infanto-juvenil, esses aspectos são ainda mais evidentes e imprescindíveis, compreendendo que a promoção da saúde mental é o resultado de trocas afetivas e

sociais objetivando ampliação das relações interpessoais do indivíduo (NORONHA et al., 2016; ZANIANI, 2015).

Entretanto, apesar das transformações positivas ocorridas nos últimos anos, Terra et al. (2006), destaca a existência de falhas na formação das trabalhadoras de enfermagem que corroboram com a criação de obstáculos retardadores dos avanços propostos pela RPB. Segundo os autores, a assistência de enfermagem só atenderá o indivíduo de forma integral quando estiver livre de todos os estigmas que historicamente ficaram atrelados aos transtornos mentais.

Diante desse panorama, este trabalho tem por objetivo descrever a trajetória das trabalhadoras de enfermagem do CAPSi através da caracterização do seu perfil sociodemográfico, trajeto formativo e profissional.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo possibilita a descrição das características do objeto de pesquisa e permite uma aproximação do pesquisador com o tema abordado, possibilitando a determinação ou a elaboração de hipóteses sobre a ocorrência do problema escolhido (GIL, 2008).

As participantes do estudo são sete trabalhadoras de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem) que atuam há pelo menos um ano nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).

Para conhecermos a trajetória formativa das participantes, foi aplicado um questionário semiestruturado contendo questões que auxiliassem a obtenção de informações sobre a sua trajetória até chegar no CAPS. A aplicação do instrumento aconteceu no local de trabalho das participantes.

Os dados encontrados foram analisados através do método de Análise de Conteúdo (AC) desenvolvida por Bardin (2011), do tipo categorial. Isto permite que as informações sejam classificadas e organizadas a partir de elementos similares que eles possuam entre si, possibilitando a descrição, sistematização e análise do conteúdo proveniente de uma transcrição de entrevista, conversas, questionários e documentos (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) diz que esse método possibilita diminuir as incertezas das hipóteses levantadas previamente, pois enriquece as informações encontradas ao desvelar as relações estabelecidas entre o discurso dos participantes com o contexto entorno dele, pois se serve do que é dito e pelo o que fica subentendido nas entrelinhas das falas. Para esse fim, a AC utiliza de três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

Após a término da pré-análise, iniciou-se a exploração do material. Repetidas leituras do conteúdo das entrevistas foram necessárias para criação de unidades temáticas. As unidades foram tabuladas e agrupadas de acordo com a similaridade, representatividade e relevância para o estudo. Essa esquematização possibilitou a

criação de três categorias temáticas. A primeira a “Trajetória de formação”. A segunda, a “Trajetória de atuação profissional”. E a terceira, “Atuação no CAPSi”.

A terceira e última etapa, constitui-se do tratamento analítico dos resultados obtidos na coleta. Com o respaldo do referencial teórico, as falas das participantes foram interpretadas e discutidas a fim de possibilitar a reflexão e análise que alcancem o objetivo proposto pela pesquisa.

O estudo foi submetido e aprovado (CAAE 70875417.2.0000.5531) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, após a Secretaria de Saúde do Município de Salvador autorizar a realização da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das sete trabalhadoras que participaram da pesquisa, cinco são técnicas de enfermagem e duas são enfermeiras. Todas são do sexo feminino, com idade variando na faixa dos 34 anos a 50 anos. Em média já estão formadas há mais de 16 anos e quatro delas possuem especialização, mas nenhuma em saúde mental.

A média encontrada de tempo de formada das trabalhadoras difere de alguns dados encontrados na literatura (DIAS; SILVA, 2010; ALMEIDA; FUREGATO, 2015). Segundo eles, a “crença” de que é mais fácil conseguir o primeiro emprego na área de saúde mental, leva as trabalhadoras recém-formadas, na faixa de um a cinco anos, procurarem esses serviços mesmo não possuindo o preparo necessário para desempenhar tal função.

A ausência de especialização em saúde mental é alarmante, resultado similar encontrado no estudo de Almeida e Furegato (2015) que coloca a qualificação das trabalhadoras como fator preponderante para a reorganização assistencial iniciada com a RPB, no sentido de atender às determinações propostas pela lógica psicossocial.

Na fala das participantes emergiram três categorias temáticas a serem discutidas: Trajetória de formação, onde foram incluídas todas as falas das participantes relacionadas à sua formação enquanto trabalhadoras de enfermagem; Trajetória de atuação profissional, onde estão incluídas as respostas sobre as experiências profissionais ademais do CAPSi e Atuação no CAPSi, que relaciona-se as falas sobre o trabalho desenvolvido nesse serviço.

Trajetória de formação

Os relatos das trabalhadoras mostraram que durante a sua formação, as aulas teóricas não abordaram as premissas da Reforma Psiquiátrica, os campos de prática eram realizados em hospitais psiquiátricos e elas sentiam receio ao entrar naqueles espaços. As habilidades desenvolvidas em relação ao cuidado à pessoa com transtorno mental foram as de administração de medicamentos e a utilização de métodos de

contenção nos pacientes:

A experiência que eu tive no meu estágio, não foi muito agradável. Uma coisa que me marcou muito foram as sessões de eletroconvulsoterapia, os quartos todos cheios. Não era uma situação confortável. Naquela época, a minha visão sobre sofrimento psíquico estava relacionado à agitação, inquietação, o risco de agressividade. (E2)

Naquele tempo tinha os manicômios, tinham muitos aqui em Salvador, e as pessoas tinham muito medo, não davam as costas, lá no manicômio era diferente. [...] Lá a gente tinha que administrar medicamento, auxiliava em banho, entre outras coisas [...]. (TE3)

Essas falas evidenciam a inadequação existente entre o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental e o que é realmente adotado pelas instituições de ensino. Apesar dos avanços conquistados nessa área, a formação das trabalhadoras de enfermagem ainda vem impregnada com os estigmas que historicamente estão ligados ao cuidado à pessoa em sofrimento mental. Estudos com essa temática (ROSA; ZAMBENEDETTI, 2014; SANTOS et al, 2016) apontam para a necessidade de reformulação dos projetos pedagógicos das instituições formadoras no intuito de estimular o desenvolvimento das habilidades das alunas, tornando-as capazes de:

Re-compreenderem os determinantes psicossociais da loucura, de transformarem saberes e práticas, até então constituídos, em relação ao sofrimento psíquico; [...] de perceberem a complexidade de suas práticas e de, efetivamente, desenvolverem novas ações como formas de pensar e agir, reinventando modos de se lidar com a realidade do sofrimento psíquico (FERNANDES, 2009).

Ao serem questionadas sobre o contato com a saúde mental infantojuvenil na lógica psicossocial durante a formação, todas as participantes disseram que não houve essa aproximação:

[...] com criança, nenhuma. Em saúde mental eu tive só no meu estágio que foi de quinze dias, não foi nem de quinze dias, eu acho que foi de uma semana, se eu não me engano, [...] (TE5)

Na formação eu não tive muito [contato] com o cuidado à criança, não. Só na matéria materno-infantil, no cuidado com a mãe e o bebê. (TE4)

Durante a minha formação no curso técnico a gente, o estágio e a parte teórica de saúde mental não foi totalmente direcionada pra CAPS, foi uma coisa bem rápida, não se aprofundou tanto [...] uma realidade diferente da nossa aqui, então pra mim depois que cheguei aqui foi tudo novo, sabe? Foi um recomeço porque eu não tinha ideia, noção de como funcionava o CAPS, quais são as políticas de cuidado e tal, pra mim começou do zero, sabe? (TE1)

Alguns estudos (ZANIANI, LUZIO, 2014; SINIBALDI, 2013) atribuem essa lacuna na formação das trabalhadoras à inserção tardia do cuidado mental infantojuvenil na

agenda das discussões de políticas de saúde mental no Brasil.

As trabalhadoras foram questionadas se ao entrarem no CAPSi, o empregador ofereceu capacitação ou treinamento sobre o cuidado psicossocial ao público infantojuvenil e todas afirmaram que não, atribuindo os conhecimentos adquiridos às suas vivências diárias no serviço e buscas individuais sobre o assunto, e afirmaram que a Educação Permanente em Saúde era presente no seu trabalho:

[...]simplesmente chegamos aqui, fomos bem recebidas, graças a Deus, e as colegas acabam ensinando, muita coisa que eu sei eu agradeço às minhas colegas de trabalho mesmo, entendeu? (TE1)

Não recebi nenhuma capacitação ou treinamento. Simplesmente cheguei, me apresentei e me engajei com a equipe. [...] A maioria das pessoas que entraram aqui não tinha contato com saúde mental. Quando eu cheguei eu fiquei meio sem saber o que fazer, mas fui estudando, procurando entender[...] (TE4)

Similar a este resultado, Silva e Oliveira (2012) em pesquisa realizada no Estado de Tocantins, com 72 trabalhadores de 4 CAPS, verificou que 86,1% destes alegam que não receberam treinamento para o exercício da função.

Os resultados dessa categoria apontam para o despreparo das instituições de ensino em formarem trabalhadoras com embasamento teórico e prático na lógica do cuidado psicossocial. Assim como a inoperância por parte do empregador em garantir a qualificação dessas trabalhadoras a partir do momento que elas são inseridas no CAPSi.

Trajetória de atuação profissional

No que diz respeito à atuação profissional, a predominância da experiência na assistência se deu no âmbito hospitalar, em setores como clínica médica e unidade de terapia intensiva (UTI), todas direcionadas ao público adulto. Uma das trabalhadoras relatou, inclusive, que um dos motivos para o seu desligamento do antigo emprego foi a sua transferência da UTI para o setor de pediatria:

Não, na parte psicossocial não. Eu trabalhei em hospital, experiência com adulto, paciente acamado, né? Clínica médica, clínica cirúrgica, oncologia, na parte de cardiologia, então não tinha a experiência em relação a psicossocial, eu fiquei uma época, fiquei não, é que a enfermagem que eu trabalhava numa época se transformou em pediatria e eu fiquei em pediatria, então foi mais isso que me fez pedir demissão, porque eu gostava de trabalhar com paciente adulto e acamado. (TE2)

Resultado similar ao encontrado no estudo de Dias e Silva (2010), no qual 12 das 14 entrevistadas, tinham apenas experiências em serviços como hospitais e unidades de pronto atendimento, antes de se inserirem no CAPSi.

As trabalhadoras em totalidade não tinham experiência na assistência ao público infantojuvenil antes de serem inseridas no CAPSi. Apenas uma participante relatou

possuir experiência na assistência ao paciente com transtorno mental. Trabalhou durante um período na enfermagem psiquiátrica de um hospital e posteriormente em um CAPS voltado ao público adulto:

E aí quando eu fui chamada [convocação do concurso], eu pensei em vários lugares para ir, achando eu que eu ia poder escolher, mas quando eu cheguei pra tomar posse, me falaram que só tinha uma vaga que era no CAPSi, aí eu disse: 'Nossa! CAPS infantil, nunca trabalhei com criança' Mas só tinha essa vaga, ou eu pegava ou eu largava. Aí eu disse 'ah, então tá bom'. (E1)

A minha experiência na época do estágio da faculdade não foi agradável. Então até por isso eu acho que a saúde mental não foi a minha primeira escolha para trabalhar. Ao contrário de hoje, que é a minha paixão. Eu não tinha proximidade com o sofrimento psíquico infantil, só tinha visto no adulto. Então quando eu entrei na secretaria, e eu vi a disponibilidade dos lugares, escolhi o CAPS infantil pela proximidade com a minha casa. (E2)

Essas falas corroboram com resultados encontrados em outros estudos (DIAS; SILVA, 2010; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011), onde a maioria das trabalhadoras não tinham interesse em se inserir no cuidado à saúde mental e só o fizeram por não terem a possibilidade de estarem na área pretendida. Destaca-se que as participantes desses estudos também referiram a proximidade do CAPS com as suas residências como um dos fatores mais importantes no momento da escolha de ingressar no serviço.

As falas das participantes incitam maiores reflexões sobre a importância da afinidade da trabalhadora com o cuidado na saúde mental infantojuvenil e os impactos que isso gera na assistência que é prestada por elas, principalmente quando à falta de experiência na prática é somada à deficiência teórica sobre o tema.

Atuação profissional no CAPSi

Das trabalhadoras, seis referiram serem favoráveis à proposta do CAPSi em relação às similaridades de atribuições para todas as categorias dos trabalhadores assistenciais e rotina no CAPSi e elencaram as principais atividades desenvolvidas por elas:

No CAPS, a gente não enxerga categorização. Então, eu sou técnica em saúde mental, eu executo funções que envolvem sofrimento psíquico. Eu atendo tudo que qualquer outro profissional faz aqui dentro, exceto prescrição, porque quem prescreve é médico. Tirando prescrever, todas as outras funções a gente executa. (E2)

Aqui no CAPS a gente faz grupos, oficinas terapêuticas, também visitas domiciliares, a gente faz acolhimento, o envolvimento maior já começa no acolhimento, né. (TE3)

Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Dias e Silva (2010) no qual a maioria dos seus participantes é favorável às mudanças trazidas pela reforma

psiquiátrica e se mostram consoantes com as propostas preconizadas pela lógica psicossocial.

Entretanto, uma das participantes aponta a sua insatisfação pela ausência de uma rotina fixa, como ocorre nos hospitais, e questiona se a autonomia dada a ela durante a execução das suas atividades é benéfica para os usuários:

[...] no hospital o técnico de enfermagem tem a enfermeira, então a técnica irá se dirigir a essa enfermeira, que vai organizar a equipe, que vai na verdade determinar: 'hoje você vai ficar com 'x' tarefas, esses são seus pacientes, né.' [...] Eu me pergunto como é que o técnico de enfermagem pode atuar no acolhimento. Eu vejo assim, eu posso estar ali sentada no acolhimento, acolhendo essa criança, colher aqueles dados, aquelas informações, mas eu acho que eu não sou a pessoa, com a minha formação que é praticamente nenhuma nessa área psicossocial, em dizer se o paciente é para o CAPS ou não, né. Eu acho que tenho que ir realmente até onde eu não esteja levando mal nem prejuízo nenhum ao usuário[...] o CAPS é uma equipe 'multi', e que todo mundo, como se fosse assim, todo mundo pode fazer o papel de todo mundo, mas não é essa realidade, não é. (E2)

O receio em exercer a sua autonomia emergido na fala da participante, evidencia a influência da construção histórica do processo de trabalho de enfermagem pautada na divisão, especialização, sistematização e hierarquização entre as categorias (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). E corrobora com o estudo de Soares et al. (2011), no qual os resultados mostraram alguns trabalhadores não conseguiram definir ainda qual seu papel no cuidado ao usuário no CAPS e quais funções devem ser exercidas por eles.

A existência da equipe multiprofissional nos CAPS foi referido como algo positivo por todas as participantes:

Eu faço uma escuta individual com um usuário, mas seu eu perceber que ele precisa de um psicólogo, eu peço pra colega atender junto comigo, me orientar, porque ele está precisando de uma área especializada. Se eu tiver, por exemplo, em um grupo com autista e perceber que estão precisando uma T.O. eu busco essa ajuda. O paciente está vinculado a mim, mas é só meu. É de toda equipe. (E2)

O bom do CAPS é que a gente não se sente só. Qualquer dúvida, você chama e o psicólogo vem e olha, o enfermeiro vem e olha, e assiste social vem e olha. (TE5)

Os estudos (SANTOS et al., 2017; ABUHAB, 2005; SOARES et al., 2011) possuem resultado semelhante. Neles, a presença da equipe multiprofissional e sua ação conjunta no cuidado ao paciente é posta como é posta como um fator importante na qualidade da assistência prestado ao usuário e como fonte principal de apoio entre os trabalhadores do CAPSi.

A análise dos resultados encontrados evidenciou as falhas existentes na formação e Educação Permanente em Saúde das trabalhadoras na lógica psicossocial e a falta de experiência delas na prestação de cuidados ao público infantojuvenil. Entretanto, apesar das dificuldades que encontram ao ingressarem no CAPS, muitas em consequência ao despreparo teórico e prático, as trabalhadoras conseguem amenizar

os efeitos dessas deficiências ao compartilharem as experiências com seus colegas de trabalho e o apoio da equipe interdisciplinar à sua assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi descrever a trajetória das trabalhadoras de enfermagem do CAPSi através da caracterização do perfil sociodemográfico e o seu trajeto de formação e atuação profissional.

A análise dos resultados encontrados evidenciou as falhas existentes na formação e Educação Permanente em Saúde das trabalhadoras na lógica psicossocial e a falta de experiência delas na prestação de cuidados ao público infantojuvenil. Entretanto, apesar das dificuldades que encontram ao ingressarem no CAPS, muitas em consequência ao despreparo teórico e prático, as trabalhadoras conseguem amenizar os efeitos dessas deficiências ao compartilhar as experiências com seus colegas de trabalho e o apoio da equipe interdisciplinar à sua assistência.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, Deborah et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, p.369-380, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4567/2494>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ALMEIDA, Aline Siqueira de; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. **Revista Enfermagem e Atenção à Saúde**, Minas Gerais, v. 4, p.79-88, 2015. Disponível em: <seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/1265/1136>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Revista e atualizada. Lisboa: Edições 70 - Brasil, LDA. 2011. 280 p.

BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr Chagas; CANAVÊZ, Fernanda; RAMOS, Patricio Lemos. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface: comunicação saúde educação**, São Paulo, v. 62, n. 21, p.699-709, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-21-62-0699.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 336 de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 176p, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>. Acesso em: 07 janeiro de 2017.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.25-40, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

DIAS, Cristiane Bergues; SILVA, Ana Luísa Aranha e. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o)

no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.469-475, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200032>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/32.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

FERNANDES, Josicelia Dumê et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.962-968, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000400031>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400031>. Acesso em: 04 jan. 2018.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.2145-2154, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000400014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400014>. Acesso em: 09 jan. 2018.

NORONHA, Arlete Aparecida et al. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400402&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 dez. 2017.

NUNES, Cristiane Kenes; KANTORSKI, Luciane Prado; COIMBRA, Valéria Cristina Christello. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>. Acesso em: 09 jan. 2017

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, p.333-3240, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

POLUBRIAGINOF, Cláudia e CAMPOS, Paulo Fernando Souza. Enfermagem psiquiátrica: análise do Manual Cuidados aos Psicopatas. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, vol. ser IV, n.9, pp.125-132, 2016. Disponível em: <doi.org/10.12707/RIV15056> Acesso em: 09 jan. 2017

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos e PILLON, Sandra Cristina. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola de Enfermagem Anna Nery** [online]. Rio de Janeiro, vol.11, n.4, pp.688-693, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400021&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 jan. 2017

ROSA, Marcela Pereira; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Descompassos da reforma psiquiátrica: a saúde mental em um município do interior do Paraná. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.317-335, 2014. Universidade Federal do Tocantins. <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p317>. Disponível em: <[DOI:http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p317](https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p317)>. Acesso em: 04 jan. 2018.

SANTOS, Elitiele Ortiz et al. Avaliação da participação dos profissionais da reunião de equipe dos centro de apoio psicossocial. **Revista de Enfermagem da Ufpe**, Recife, v. 11, p.5186-5196, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22611/25535>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SANTOS, Josenaide Engracia dos et al. Processos formativos da docência em saúde mental nas graduações de enfermagem e medicina. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe4, p. 85-92, out. 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0146>.

SILVA, Solimar Pinheiro da; OLIVEIRA, Adriana Leônidas de. Políticas públicas de saúde mental e

análise das condições de trabalho dos funcionários de centros de atenção psicossocial do estado de Tocantins. **Revista Cereus**, Gurupi, v. 4, p.70-92, 2012. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/377/126>>. Acesso em: 09 jan. 2018

SINIBALDI, Barbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo 2013, v. 12, p.61-72, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

SOARES, Régis Daniel et al. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 110-115, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100016>.

TAÑO, Bruna Lúcia; MATSUKURA, Telma Simões. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. São Carlos, vol. 23, n 2, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865> Acesso em: 07 jan. 2018

TERRA et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 711-717, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a13.pdf>> Acesso em: 05 jan. 2017

ZANIANI, Ednéia José Martins. **Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da atenção psicossocial**. 2015. 234 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/132182>> Acesso em: 02 dez. 2017

ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amélia. A intersectorialidade nas Publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil DOI - 10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p56. **Psicologia em Revista**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.56-77, 30 jul. 2014. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9523.2014v20n1p56>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100005>. Acesso em: 12 jan. 2018.

A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES COM TEA

Lídia Isabel Barros dos Santos Silveira

Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de
Terapia Ocupacional
Brasília – DF

Benhur Machado Cardoso

Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de
Odontologia
Brasília – DF

Caroline Ramaldes Vaz da Costa

Universidade Paulista (UNIP), Faculdade de
Psicologia
Brasília – DF

Thatiane Gabriela Guimarães Pereira

Centro Universitário de Brasília (UniCEUB),
Faculdade de Medicina
Brasília – DF

Ana Lúcia Silveira Rusky

Universidade Federal do Paraná (UFPR),
Medicina do Adolescente
Paraná – PR

Ilton Garcia dos Santos Silveira

Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-
Graduação em Engenharia Biomédica
Brasília-DF

RESUMO: O Adolescentro é um Centro especializado no atendimento à saúde mental infantojuvenil com equipe multidisciplinar. É referência para todo o Distrito Federal (DF). Integra à Rede SUS na atenção

especializada e passou a assistir adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em 2017. O TEA abrange uma desordem do neurodesenvolvimento que acomete principalmente pacientes do sexo masculino. Este transtorno caracteriza-se pela deficiência na comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, com hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais, podendo acarretar algumas dificuldades no atendimento ambulatorial. O Adolescentro atua oferecendo atendimento para os adolescentes em seu contexto familiar. Para isso, foi necessário criar uma linha de cuidados do TEA dentro do Adolescentro. Propôs-se trabalhar em equipe multidisciplinar para o diagnóstico e intervenção no TEA. O trabalho com os adolescentes é realizado prioritariamente em grupo. O objetivo é treinar as habilidades sociais e instrumentais da vida diária. Concomitante ao grupo de adolescentes, ocorreu o grupo de pais. Nele, trabalhou-se as questões relacionadas com a adolescência e psicoeducação. Após as consultas, foram realizadas entrevistas entre as duas equipes para discutir os casos. Os adolescentes encaminhados ao grupo INTERAÇÃO participaram de 21 encontros, de 2 horas cada, com temas estabelecidos para cada encontro. Após a realização dos encontros do grupo INTERAÇÃO, observou-se ganho de habilidade social, maior participação na

realização das atividades propostas e amizade entre os adolescentes. Dessa forma, os resultados obtidos demonstraram o sucesso da implantação desse novo serviço e incentivou sua continuação.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, Adolescente, SUS.

ADOLESCENT ASD HEALTH CARE SERVICE IMPLANTATION

ABSTRACT: The Adolescentro is a Mental Health Center for adolescents and its staff is a multidisciplinary team. As a Specialized Center it's reference for the whole Distrito Federal (DF). It's part of national public health system, known as SUS, in the specialized health care field. In 2017 it started to assist Autism Spectrum Disorder (ASD) adolescents. The ASD cover a neurodevelopment disorder that mainly affects male gender. This disorder has as feature the communication and social skills deficits, repetitive behavior patterns, hyper or hypo reactive to sensory stimulus, it may lead difficulties at outpatient treatment. The Adolescentro offers treatment for adolescents, covering their family context. Therefore, it was necessary to develop a care line for ASD at Adolescentro. It has set itself to work as multidisciplinary team to diagnose and to interventions for ASD. The work with adolescents is mainly done in group. The goal is to train the social skills and day-to-day activities. Concomitantly to the group of adolescents, it was performed the parent's group. It approached the adolescence and psychoeducation related points. After the consultations, both group staff teams interchanged themselves to discuss the cases. The adolescents forwarded to the INTERAÇÃO group participated at 21 meetings, 2 hours and one theme for each one. After the accomplishment of the meetings of INTERAÇÃO group, it was noticed social skill improvements, better activities participation and they were enjoying each other. Thus, the achieved results evidence the success of this new service implementation and incentivized it continuation.

KEYWORDS: Autism, Adolescents, SUS.

1 | INTRODUÇÃO

Vários autores deram sequência a estudos importantes sobre o autismo e a comunidade científica entende, atualmente, o autismo de forma complexa, com múltiplas etiologias, com graus variáveis, classificando o TEA em: leve (necessitam pouco apoio ou suporte), moderado (necessitam algum apoio ou suporte substancial) e severo (necessitam de muito apoio ou suporte substancial). Essa classificação do TEA está exposta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-5), que também considera a existência de duas áreas de prejuízo para esses indivíduos: déficit persistente na comunicação social e interesses e atividades restritos, aliados a padrões repetitivos de comportamento (American Psychiatry Association, 2014).

Assim é tendência conceituar o TEA como uma síndrome comportamental,

que compromete o processo de neurodesenvolvimento, sendo o mais frequente dos transtornos invasivos de desenvolvimento, com etiologias múltiplas, onde vários fatores podem contribuir para o seu aparecimento, tais como genéticos, infecções e outros de caráter pré ou pós-natais. Maia (2018), por exemplo, relata resultados que apontam como provável risco, a idade avançada de ambos os genitores, enfatizando a importância da prevenção da idade reprodutiva tardia e a necessidade de mais estudos e pesquisas sobre a etiologia do TEA. Seu diagnóstico é realizado comumente da observação e relato dos responsáveis e outros que participam da rotina dos pacientes; de uma minuciosa anamnese; e de um exame médico e neurológico para excluir comorbidades associadas. Como não existe um marcador biológico para a identificação do TEA em exames laboratoriais, o diagnóstico será sempre uma decisão dos profissionais consultados, sejam médicos, psicólogos ou educadores dentre outros.

Diante das características apresentadas, os indivíduos portadores de TEA enfrentam dificuldades e limitações na execução das tarefas e cuidados diários mais básicos, exigindo de seus responsáveis suporte e assistência diferenciada e dos profissionais de saúde uma frequência maior de consultas e intervenções de caráter preventivo e, quando necessário, curativo (AMARAL, 2011; AMARAL, 2016).

Sendo assim é importante o profissional de saúde conhecer as especificidades presentes no paciente com TEA, objetivando a realização de um atendimento menos traumático, por meio da colaboração dessa clientela e de seus responsáveis. Com o domínio do conhecimento sobre TEA pode-se alcançar uma boa vinculação terapêutica.

Faz-se importante também, ao profissional de odontologia, perceber que o ambiente do consultório pode ser ameaçador aos pacientes com TEA, pois é repleto de objetos estranhos, sons e luzes fortes, aromas e texturas peculiares, movimentos e posturas inesperadas, ausentes na rotina destes pacientes. Portanto, um período de acomodação e familiaridade com o profissional e o ambiente de intervenção terapêutica, faz-se necessário para uma abordagem sem fatores estressores ao adolescente com TEA e aos seus responsáveis que presenciam rotineiramente situações estressoras aos seus assistidos em todos os campos da vida em sociedade.

Esta linha de cuidado e proposta de trabalho em grupo para adolescentes com TEA, foi realizado no Adolescento, um Centro especializado no atendimento à saúde mental infanto-juvenil, com equipe multidisciplinar e com abordagem interdisciplinar. É um Centro de referência, pesquisa, capacitação e atenção ao adolescente em família para todo o Distrito Federal (DF). O Adolescento integra à Rede SUS na atenção especializada e, dentre outros transtornos, passou a assistir como público alvo adolescentes diagnosticados com TEA, pertencentes à Superintendência da Região de Saúde Centro Sul do DF. A equipe envolvida no atendimento ao Transtorno do Espectro Autista, no Adolescento, é composta por hebiatra, psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista e farmacêutico. Contamos com a participação de duas residentes do programa de

2 | OBJETIVO

Treinar as habilidades sociais e instrumentais da vida diária de adolescentes com diagnóstico de TEA. Abordar questões inerentes à adolescência. Oferecer aos pais destes adolescentes um espaço de escuta. Realizar psicoeducação do diagnóstico.

3 | METODOLOGIA

Para alcançar seus objetivos, o Adolescentro opera nas seguintes modalidades de atenção: programa biopsicossocial, acompanhando o crescimento e desenvolvimento com ênfase nos transtornos mentais; programa de atenção a adolescentes com vivência de violência sexual; assistência em questões neuropsiquiátricas específicas, dentre elas o TEA; e o seguimento de adolescentes já em tratamento nas diversas especialidades (DISTRITO FEDERAL, 2016).

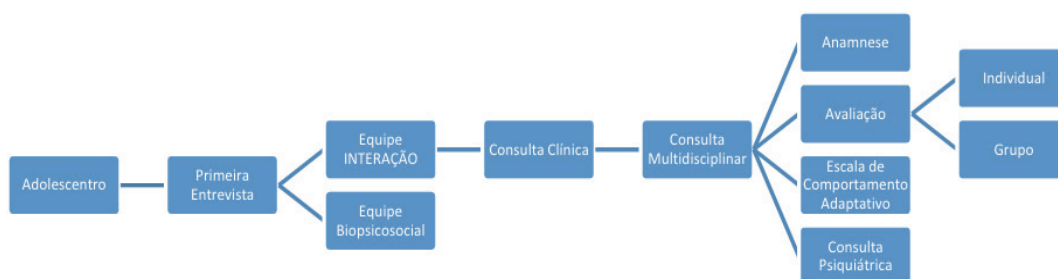


Figura 1. Fluxo de Atendimento INTERAÇÃO.

Observe o fluxograma acima para compreender o caminho percorrido quando uma família inicia o atendimento no Adolescentro.

Os adolescentes que chegaram com diagnóstico de TEA, ou aqueles diagnosticados no serviço, foram encaminhados para consultas individuais com a equipe envolvida no atendimento.

Na entrevista inicial, quando é identificado um caso de TEA, este acolhimento é encaminhado para a equipe INTERAÇÃO, nome dado a equipe que atende TEA no Adolescentro. Independente de ter previamente um diagnóstico de outra instituição de saúde, ou apenas uma suspeita, todos os pacientes que chegam à Equipe INTERAÇÃO. A equipe é multidisciplinar e formada por odontólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga e hebiatra, psiquiatra e enfermagem, todos do quadro permanente do Adolescentro. Foram encaminhados para atendimento individual com hebiatra, anamnese com terapeuta e avaliação psiquiátrica.

Os atendimentos foram realizados em dupla, com profissionais de categorias diferentes. Enquanto dois profissionais atendiam a família, outra dupla atendia o adolescente. Após o atendimento, os profissionais reuniam-se para discutir o caso.

Após os atendimentos individuais, alguns adolescentes foram convidados a participar de grupo e para outros, foi indicado o acompanhamento terapêutico individual, neste primeiro momento.

Prioriza-se o atendimento de grupo, mas levou-se em conta as variáveis idade e gravidade.

Assim surgiu o primeiro Grupo INTERAÇÃO, para acolher a demanda de adolescentes com TEA, e seus familiares.

O paciente com TEA e seus familiares são atendidos em programa específico que possui dentre várias ações, um grupo de vivência denominado Interação, que acontece semanalmente, às quintas-feiras no período de 14:00 às 16:00 horas. Participam ainda desses encontros, profissionais residentes em passagem pelo serviço e estagiários das mais diversas áreas, dentre elas: medicina, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e fonoaudiologia.

Para participar do grupo Interação basta que o paciente com TEA e seus responsáveis tenham sido acolhidos pelo serviço e estejam em atendimento biopsicossocial. Pelo caráter de atendimento em grupo, são convidados pelos profissionais aqueles pacientes com diagnóstico de TEA leve e alguns casos moderados, onde após avaliação dos profissionais e diálogo com os responsáveis, considera-se que o paciente possa se beneficiar das atividades em grupo. Quando uma família procura atendimento no Adolescentro, é realizada uma entrevista inicial para definir o fluxo do adolescente no serviço.

Foi realizado um grupo de adolescentes e um grupo de pais. Ambos aconteciam em concomitância, onde uma equipe ficava com os adolescentes e outros integrantes da equipe ficavam com os pais. Após o término do grupo, as duas equipes se reuniam para discutir como foi aquele grupo e juntar as informações trazidas pelos familiares e as observadas no grupo de adolescentes.

A Tabela 1 apresenta as atividades propostas para o grupo de adolescentes.

N	Tema
1	Quero te conhecer
2	Expressando minha arte
3	Musicalidade
4	Teatro, fantoche e dedochê (construção)
5	Sessão cinema com pipoca
6	Atividade esportiva: PEC
7	Vamos as compras
8	Alimentação: preparar um lanche
9	Organização e rotina de estudo
10	Desenho com cola fofa
11	Contador de histórias
12	Bullying e respeito
13	O brincar lúdico: jogos

14	Bixiga de bolinhas
15	Autocuidado (AVD)
16	Namoro ou amizade?
17	Sexualidade
18	O autista no mundo tecnológico
19	Saída externa
20	Projeto de vida
21	Encerramento

Tabela 1. Atividades realizada no grupo de adolescentes.

Observa-se a presença de atividades de expressão artística e lúdicas, mas também foram realizadas atividades que abordavam as dificuldades observadas pelos profissionais, como, psicomotoras, etc.

A tabela 2, representa os temas abordados no grupo de pais. Ressalta-se que que apesar de cada encontro ter um tema previamente preparado pelo profissional, este atuava como facilitador do grupo. Os pais tinham liberdade para trazer suas queixas e sofrimentos.

N	Tema
1	Roda de conversa
2	Psicoeducação
3	Direitos da pessoa autista
4	Meu filho tem TEA
5	Tratamento medicamentoso
6	Tratamento não medicamentoso
7	O sono reparador
8	Alimentação
9	O autista na escola
10	Desenvolvimento da fala em autistas
11	O autista na família
12	O autista e a interação social
13	O brincar lúdico
14	Organização de rotina
15	Autocuidado
16	Namoro ou amizade?
17	Sexualidade
18	O autista no mundo tecnológico
19	Promovendo a autonomia do autista
20	Projeto de vida
21	Encerramento

Tabela 2. Temas do grupo de pais.

O primeiro grupo iniciou em maio e finalizou em setembro de 2017. Foi dado o nome de Grupo INTERAÇÃO. Em todos os encontros aconteciam concomitantemente

dois grupos, um de pais e um de adolescentes. Este foi o primeiro Grupo INTERAÇÃO do Adolescentro.

O Grupo INTERAÇÃO foi composto por 21 encontros. Cada encontro, tanto com os pais quanto com os adolescentes, tinha uma atividade pré-estabelecida para ser executada/discutida. Com o andamento do grupo, foram sendo realizadas as adequações necessárias para atender às demandas específicas do grupo que se formou.

No primeiro encontro do grupo foi realizado a Escala *Vineland* com os pais. No último encontro, foi realizada uma roda de conversa com as mães na qual foram realizadas quatro perguntas: 1) Como foi o grupo para você? 2) O que você observa de melhora no adolescente? 3) O que o adolescente precisa melhorar? 4) Sugestões para o próximo grupo?

No último encontro do grupo de adolescentes, foi realizada uma avaliação não estruturada com os adolescentes. Foi distribuído para cada adolescente um kit com três expressões faciais que sinalizariam como ele se sentiu em relação aos temas trabalhados. Assim, fez-se uma retrospectiva de todos os encontros do grupo.

4 | RESULTADOS

Ao longo dos 21 encontros, foram realizadas atividades nas instalações do Adolescentro e atividades externas. Dentre as atividades desenvolvidas pode-se citar: roda de conversa com os mais diversos temas (*bullying*, sexualidade, higiene pessoal e etc.); sessões de filmes; saídas externas para exposições de arte, piqueniques, lanches comunitários, banho de piscina; oficinas como de alimentação saudável, horta comunitária; dias de jogos de tabuleiros; gincanas; atividades artísticas e outras. A seleção das atividades é discutida com os pacientes e responsáveis de acordo com a disponibilidade e interesse da maioria. Dentre as atividades externas, foram realizadas três saídas: 1) piquenique ao ar livre; 2) visita a uma exposição de artes e 3) lanchonete.



Figura 2. Saída externa com piquenique.

Na primeira Figura 2, é possível observar o grupo passeando no Jardim Botânico - DF. Estavam presentes os adolescentes, os responsáveis e a equipe. Nesse local, havia uma pequena exposição sensorial, que o usuário poderia tocar, sentir e ouvir diferentes estímulos.



Figura 3. Jardim Botânico

Por ser um local espaçoso, ao longo da caminhada haviam bancos para os que desejassem sentar. Na Figura 3 é possível observar um momento de parada para ver os livros disponíveis e descansar. Por fim, foi realizado um piquenique e uma confraternização entre todos.



Figura 4. Atividade de organização dos estudos.

O jogo Twister foi utilizado como atividade psicomotora e integrar os adolescentes cada vez mais. Observou-se que a utilização de jogos e atividades lúdicas, facilitavam o engajamento do adolescente e favorecia a sua permanência e desenvolvimento na atividade.



Figura 5. Jogo Twister.

No Grupo INTERAÇÃO de adolescentes e de pais, foi possível coletar dados qualitativos sobre o desempenho e progresso dos adolescentes através da ótica dos familiares e também da percepção individual dos adolescentes. No grupo de adolescentes, priorizou entender o que eles acharam, como eles se sentiram no grupo, do que gostaram, o que acrescentaria e o que eles mudariam no grupo. Para isso, os adolescentes pontuaram áreas de interesse e deram dicas para os próximos grupos.

Os pais tiveram um espaço aberto para tirar dúvidas e colocar suas angústias e aflições. Nos adolescentes, observou-se ganho de habilidade social, mais participação das atividades propostas e amizade entre os adolescentes. No grupo dos pais, foi perceptível que com o andamento do Grupo INTERAÇÃO foi estabelecida uma identidade grupal. Os pais apropriaram-se do diagnóstico, mostraram-se imponderados e relataram diminuição da ansiedade familiar. Observou-se melhora quantitativa na

autoestima dos participantes, além de promover maior conscientização e tolerância acerca das limitações dos TEA e seus hábitos peculiares. Ao final do Grupo INTERAÇÃO, cada adolescente foi avaliado pelos profissionais que participaram do grupo, em que foi discutido a necessidade de manter cada adolescente no grupo ou ser transferido para acompanhamento terapêutico individual. A implantação desse serviço foi bem avaliada pelos pais e pelos próprios adolescentes.

5 | DISCUSSÕES

Na primeira saída, apenas um adolescente do grupo compareceu. Ele estava muito feliz e animado para sair e conhecer um novo local. Os demais, faltaram e até os que falaram que iriam, não foram. Os pais, sempre queixosos da dificuldade de tirar os filhos de casa e da pouca socialização com os seus pares, ficaram muito preocupados e tristes. No entanto, a Equipe INTERAÇÃO, os incentivaram a não forçar e a respeitar o tempo do adolescente. Aquela foi apenas a primeira saída do grupo.

A experiência com a primeira saída foi exitosa, mesmo com a baixa adesão, pois o adolescente que foi, no grupo seguinte, falou para os colegas sobre como havia sido a atividade e o que eles haviam perdido e ele mesmo os convidou para irem da próxima vez. Aqui, é importante ressaltar que o êxito do trabalho não está no número quantitativo, mas nos frutos que são colhidos.

Na segunda saída, realizada para prestigiar uma exposição de artes plásticas, houveram mais adolescentes presentes, e na última saída externa, realizada em uma lanchonete, todos estiveram presentes. A proposta do trabalho em grupo para adolescentes com TEA foi tão bem avaliada pelos pais e pelos próprios adolescentes que foram propostos novos grupos, com atividades mais lúdicas, visto que essa ideia foi proposta pelos adolescentes que gostaram muito dos filmes e atividades externas, além de atividades temáticas quando for uma data festiva ou feriado, para que assim, os adolescentes que forem participar dos outros grupos tenham uma evolução cada vez mais efetiva. Foram sugeridas também atividades de vida diária e instrumentais da vida prática para incentivar o desenvolvimento de determinadas habilidades pelos adolescentes. Dessa forma, os resultados obtidos demonstraram o sucesso da implantação desse novo serviço e incentivou sua continuação para melhor tratamento dos adolescentes com diagnóstico do TEA.

Este foi o primeiro Grupo INTERAÇÃO realizado no Adolescentro. Pôde-se falar dos direitos do TEA e auxiliar com os problemas interpessoais. Nota-se que se criou uma identidade grupal. O grupo de mães se mostrou um grande aliado na apropriação do diagnóstico e prognóstico, foi possível observar melhora qualitativa na autoestima das mães. Uma mãe relatou que iniciou o atendimento no Adolescentro em uso regular de 20 gotas de Rivotril, na data do último grupo, a mãe relatou que estava em uso de 3 gotas. As mães estavam mais conscientes e tolerantes. Respeitam e entendem o limite dos adolescentes.

Vivências em grupo para pacientes com dificuldades na comunicação e interação social poderiam parecer paradoxais, mas a experiência do Grupo Interação demonstra que não. Guirado (2018) reafirma a possibilidade de sessões terapêuticas, ainda que individuais, em pacientes com TEA de até mesmo 03 anos de idade e em nível 2 de suporte. A psicóloga discorre sobre a possibilidade de atendimento clínico a estes pacientes, que ainda que não falem, fazem o discurso da sessão, seja no brincar, no gesto, na direção do olhar e pela palavra, quando houver. Destaca os brinquedos, os materiais expressivos gráficos ou plásticos ou outros como roupas de teatro, livros de história, que na presença atenta do profissional, no brincar, se tornam um ato discursivo, repleto de enunciados que indicarão o caminho a seguir.

Com os adolescentes do Grupo Interação não foi diferente. Nesse pouco mais de um ano de atendimento em grupo (de setembro de 2017 a novembro de 2018) a interação social dos pacientes melhorou, conforme relato dos responsáveis, e possibilitou ao odontólogo participante familiarizar-se com as limitações de cada paciente, assim como construir uma relação de confiança com os mesmos. No dia da roda de conversa sobre higiene discute-se sobre a higiene em geral e principalmente sobre higiene bucal. Nesse momento aproveita-se para apresentar o ambiente de atendimento odontológico para os pacientes participantes.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No grupo de pais, foi perceptível que com o andamento do grupo INTERAÇÃO estabeleceu-se uma identidade grupal. Os pais apropriaram-se do diagnóstico, mostraram-se imponderados e relataram diminuição da ansiedade familiar. Observou-se melhora qualitativa na autoestima dos participantes, além de promover maior conscientização e tolerância acerca das limitações dos TEA.

A proposta do trabalho em grupo para adolescentes com TEA, foi tão bem avaliada pelos pais e pelos próprios adolescentes que foi proposto novos grupos, com atividades mais lúdicas, visto que essa ideia foi proposta pelos adolescentes que gostaram muito dos filmes e atividades externas, além de atividades temáticas quando for uma data festiva ou feriado, para que assim, os adolescentes que forem participar dos outros grupos tenham uma evolução cada vez mais efetiva. Foi sugerido também, atividades de vida diária e instrumentais da vida prática para incentivar o desenvolvimento de determinadas habilidades pelos adolescentes. Dessa forma, os resultados obtidos demonstraram o sucesso da implantação desse novo serviço e incentivou sua continuação para melhor tratamento dos adolescentes com diagnóstico do TEA.

Este foi o primeiro grupo Interação realizado no Adolescento. Pôde-se falar dos direitos do TEA e auxiliar com os problemas interpessoais. Nota-se que criou-se uma identidade grupal. O grupo de mães se mostrou um grande aliado na apropriação do diagnóstico e prognóstico, foi possível observar melhora qualitativa na autoestima das

mães. Uma mãe relatou que iniciou o atendimento no Adolescentro em uso regular de 20 gotas de Rivotril, na data do último grupo, a mãe relatou que estava em uso de 3 gotas. As mães estão mais conscientes e tolerantes. Respeitam e entendem o limite dos adolescentes. Para os próximos grupos, foi sugerido Atividades de Vida Diária e Instrumentais da Vida Prática. Os adolescentes relataram o desejo de atividades mais lúdicas. Gostaram muito dos filmes e atividades externas. Deram ideia de fazer atividades temáticas quando for uma data festiva ou feriado.

Finalmente, baseado na pesquisa bibliográfica realizada e na experiência construída no atendimento ao paciente com TEA e de seus responsáveis, firma-se possíveis e urgentes abordagens de cunho preventivo e restaurador, de maneira criativa e ética, respeitando os anseios, a autonomia e as especificidades desta clientela, em todos os serviços de saúde, visando realizar a verdadeira inclusão dos pacientes com necessidades especiais como previsto em nossa Constituição e outras normas do setor.

REFERÊNCIAS

AMARAL LD, Portillo JAC, Mendes SCT. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na saúde bucal coletiva. **Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva**. Brasília, 2011, pp. 105-114.

AMARAL, L.D.; Carvalho, T. F.; Bezerra, A.C.B. Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: a odontologia na estratégia da saúde da família. **Revista Latino-americana de Bioética**. Brasília, 2016, pp. 220-223.

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM 5**. Tradução: Maria Inês Corrêa do Nascimento et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Carta de serviços ao cidadão – Adolescentro**. 2016, Brasília, 10p. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/Carta_Servicos-SecSaude-Adolescentro.pdf Acesso em: 06 jan. 2019.

GUIRADO, Marlene. Uma analista do discurso no espectro de tratamentos do autismo. **Psicologia Usp – pusp**. São Paulo, 2018, vol.9, n. 1, pp. 135-145.

MAIA, F. A., *et al.* Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Montes Claros, agosto, 2018, pp. 1-14.

Apresentadas em ordem alfabética e de acordo com a norma da ABNT - NBR 6023/2002, com o título das obras em **negrito**.

Deixar uma linha entre uma referência e outra.

OFICINA NA PRAIA – OCUPANDO O TERRITÓRIO COM UMA EXPERIÊNCIA PLURAL

Nelson Falcão de Oliveira Cruz

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ,
Instituto de Psiquiatria – IPUB
Rio de Janeiro, RJ

Fabrice Sanches do Carmo

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ,
Instituto de Psiquiatria – IPUB

RESUMO: No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Betinho, em Macaé, estado do Rio de Janeiro, Brasil é realizada a Oficina na Praia, atividade terapêutica envolvendo usuários e profissionais. Trata-se de uma ocupação da praia com diversas atividades, de caráter plural, com poder de decisão do usuário em participar como lhe convier, ou simplesmente, olhar a paisagem e se divertir. Este trabalho pretende debater esta experiência sob os aspectos clínico e político, constituindo exemplo de importante ferramenta de resistência frente à precarização do SUS e ao atual desmonte que vem sofrendo a Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Oficina, Território, Praia, CAPS, Macaé

BEACH WORKSHOP – OCCUPYING THE TERRITORY WITH A PLURAL EXPERIENCE

ABSTRACT: At Betinho Center for Psycho-Social Care (CAPS) in Macaé, state of Rio de Janeiro, Brazil, is held the Beach Workshop,

in which professionals and patients take part. It is an occupation of the beach with various activities, of plural character. Patients have total freedom to choose any of all the activities offered, including just looking at the landscape and having fun. This work is focused on clinical and political aspects as an example of an important tool for resistance to the precariousness of SUS (the Brazilian health system) and to the current threat that Brazilian Psychiatric Reform is suffering.

KEYWORDS: Workshop, Territory, Beach, CAPS, Macaé

1 | INTRODUÇÃO

“Eu tava

Na beira da praia

Ouvindo as pancadas

Das águas do mar”

(Ciranda de Lia, canção de Antônio Baracho)

Pretendemos fazer aqui um breve relato de uma experiência clínica realizada no CAPS Betinho, em Macaé-RJ. Trata-se de um município do estado do Rio de Janeiro, com 206 mil habitantes de acordo com o censo de 2010 e população estimada para 2018 de 251 mil habitantes (IBGE, 2019), tendo havido um processo de explosão demográfica a partir da

década de 80 do século passado, impulsionada pela exploração de petróleo na região. Entendemos que diante do atual cenário, no qual o Ministério da Saúde tenta impor uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019a), que segundo diversas entidades (CNS, 2018, CNDH, 2019b, ABRASCO, 2017, CFP, 2017) representa um grande retrocesso à Reforma Psiquiátrica Brasileira, discutir este tipo de prática é também apontar para o modelo de cuidados em saúde mental que defendemos. Discutir esta clínica é se posicionar por uma política de saúde mental de base comunitária e territorial, pautada no respeito à pessoa com sofrimento psíquico. Assim, este trabalho pretende debater esta experiência sob o aspecto Clínico-político.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Betinho é um CAPS tipo II que, como definido pela portaria MS/GM 336, atende a portadores de transtornos mentais severos e persistentes, constituindo-se um serviço de atenção diária funcionando segundo a lógica do território, devendo ser a referência de cuidado para uma população de até 200.000 habitantes (BRASIL, 2002). São pessoas com histórico de diversas internações psiquiátricas, que tem sua autonomia reduzida e carregam o estigma da loucura.

Em 2016, depois de funcionar por muitos anos no mesmo endereço, o CAPS Betinho mudou-se para um local que fica a 10 minutos de caminhada da Praia da Imbetiba. Tais mudanças costumam ser processadas com dificuldade por pessoas com este tipo de dificuldade, resultando, não raro, em um momento de afastamento do CAPS e, conseqüentemente em novos períodos de crise psiquiátrica. Era, então, um momento de adaptação à nova sede e ao novo território, o que implicou em muita resistência por parte dos usuários, já acostumados com o endereço antigo. Deste modo, uma das estratégias utilizadas para travar contato com o novo território, conferindo-lhe significado, foi aproveitar a proximidade da praia e utilizar este espaço.

Anteriormente, havíamos visitado a praia diversas vezes em caráter de passeio e de forma esporádica. Desta vez a proposta era outra: uma verdadeira ocupação da praia com atividades que viriam potencializar a utilização do espaço público pelos usuários do CAPS Betinho.

Diversos profissionais e estagiários do CAPS passaram a construir esta ocupação do território com regularidade. Nenhuma atividade era obrigatória, e poder transitar livremente entre elas, sugerir e até conduzir novas atividades tornou-se um exercício constante. Alguns usuários gostavam de experimentar de tudo o que era oferecido, outros elegiam alguma coisa que lhes chamasse mais atenção e nela permaneciam, outros ainda não faziam “nada”, apenas iam para a praia e conversavam. Até hoje, há aqueles que gostam (ou necessitam) de andar até a praia em grupo, constituindo-se a maioria, enquanto outros preferem encontrar o grupo lá e nem passam pelo CAPS, e ainda tem aqueles que saem da unidade depois de todos para estarmos juntos na praia, mas não no percurso.

Tem usuário nadando na água, tem gente só na beirinha ou na areia e, até um grupo que fica pelo calçadão. Neste cenário diversificado, realizam-se trocas afetivas e materiais no corpo social (KINOSHITA, 1996) e, podemos identificar o respeito à

diferença e a construção de autonomia dos usuários, onde a liberdade é um permanente exercício.

2 | A OFICINA NA PRAIA: EXPERIÊNCIA PLURAL NO TERRITÓRIO

A Oficina na Praia proporciona aos usuários acesso à praia, visto que muitos deles não se sentem convidados ou autorizados a frequentar este espaço sozinhos. Ir à praia junto aos demais usuários, profissionais e estagiários torna-se facilitador à ocupação do território no entorno do CAPS, auxiliando na desconstrução do estigma em relação à pessoa com sofrimento psíquico grave.

Tal atividade permite realizar atividades terapêuticas em ambiente mais descontraído, acolhedor ou simplesmente diferente do espaço da unidade, garantindo interação com a população que frequenta a praia e a inclusão dos usuários em espaços públicos da cidade.

Nos dias da oficina, realizamos diversas atividades na praia, entre elas: banho de mar, nado livre, caminhada, yoga, atividades expressivas baseadas em jogos teatrais, alongamento, jogos com bola, soltar pipa e roda de violão. A maior parte delas acontecem de modo livre, havendo aquelas que são dirigidas pelos facilitadores ou por algum usuário do grupo.



Foto: arquivo pessoal dos autores.

A Praia de Imbetiba, onde acontece a oficina, foi aterrada nos anos 80, com a chegada da Petrobras (Companhia Brasileira de exploração, produção, refino, comercialização e transporte de petróleo, gás natural e seus derivados) em Macaé, o que fez com que o seu mar se mantivesse permanentemente calmo. Deste modo, o mar torna-se propício à prática de esportes aquáticos, banhos de mar e, ao longo do

ano, destacam-se entre os seus frequentadores famílias com crianças, adolescentes e grupos que praticam natação.

Muitos usuários usufruem do banho de mar, sendo notável a alegria que o contato com a água desperta. Temos a impressão que a Oficina na Praia propiciou o primeiro banho de mar a alguns usuários, a partir da observação de risos, de ir se molhando aos pouquinhos e do brincar com a água. A presença dos profissionais e estagiários envolvidos na oficina permite que os usuários recebam apoio nas situações em que inicialmente, sentem medo, como mergulhar ou mesmo se banhar.

I.L.B., 42 anos, em uma das Oficinas na Praia, sentou-se na beira do mar, junto a um profissional e, o ir e vir das ondas molhando seu corpo, a ajudou a perder o medo que tinha da água. Semanas depois, sua família relatou que num passeio que fizeram a uma lagoa da região, ela quis entrar na água, como antes não fazia.

G.R., 31 anos, ao participar da Oficina na Praia pela primeira vez, acompanhada por sua mãe e irmã, aproximou-se da água, molhando inicialmente as mãos e os pés. Depois, com a ajuda de uma profissional e de um estagiário, ela conseguiu se jogar na água, molhando todo o corpo, repetindo este movimento por diversas vezes, demonstrando plena satisfação neste contato com a água.

Parte dos frequentadores da oficina trava uma relação mais destemida com o mar. É comum vê-los correrem da areia até a água mergulhando de uma só vez. Há aqueles que sabem nadar e, junto aos profissionais e estagiários, contornam um quebra-mar, nadando cerca de 200 metros.

A caminhada na Praia da Imbetiba é uma constante na oficina. Feita em pequenos grupos ou individualmente, sua trajetória varia entre a areia da praia e as pedras de arrebentação que formam um píer, onde é possível ver de forma mais nítida, as Ilhas do Papagaio e Ilha de Santana, além das tartarugas marinhas, sempre presentes no local.

Um dia o grupo estava dentro da água, jogando bola com as mãos. Um senhor que estava na praia se aproximou e começou a jogar com o grupo, a princípio ninguém o conhecia. Após algum tempo ele começou a chamar alguns dos usuários pelo nome e, quando lhe perguntamos como ele os conhecia, o senhor se apresentou e explicou que era motorista da ambulância do serviço do município. Ele contou que estava acostumado a levar estes usuários, quando em crise, à emergência psiquiátrica, estando muito surpreso ao vê-los naquela situação, fora da crise e se mostrando totalmente diferentes de como imaginava;



Foto: arquivo pessoal dos autores.

Em algumas oficinas, conforme o interesse do grupo, é oferecida prática de yoga, pois entre os profissionais responsáveis pela oficina, há uma professora de yoga devidamente qualificada e certificada para esta função. A prática de yoga na praia tem duração aproximada de meia hora e, visa principalmente resgatar a consciência corporal dos usuários. São feitos pranayanas (exercícios de controle do prana/respiratórios), ásanas (posturas), relaxamento (savásana) e meditação (por pouco tempo). A aula é preparada levando-se em consideração as possibilidades dos usuários que são orientados a não ultrapassar os limites do seu corpo.



Foto: arquivo pessoal dos autores.

Alguns participantes relatam sentirem-se relaxados após a prática de yoga. Entendemos a importância desta prática no espaço público, por permitir que os referenciais do yoga, assim como os seus benefícios, se estendam aos usuários do CAPS e demais participantes da oficina.

Geralmente, levamos uma bola. E, parte do grupo se reúne em roda para jogar vôlei. Cada um joga como sabe e há vezes em que a bola fica mais no chão do que no ar. Há dias em que o vento atrapalha, mudando a direção da bola. Resgata-se o espírito

solidário, não havendo cobranças para se jogar de modo correto ou perfeito. É um momento descontraído, de grande interação, onde profissionais e usuários resgatam sua criança interior (JUNG, 2008), fortalecendo vínculos e construindo afetos.

Em algumas oficinas, um usuário leva suas bolas de vôlei e futebol de praia, destacando-se o cuidado que tem de encher as bolas no dia anterior. Nestes dias, quando a bola não fica dura, fica mais fácil controlar sua direção no jogo, mesmo se estiver ventando.

Houve uma vez em que os usuários empinaram pipas na oficina. Em uma atividade do CAPS, um usuário levou o bambu cortado e ensinou os demais a fazerem suas pipas, numa ação de protagonismo, conforme preconizado nos referenciais da Atenção Psicossocial.

A roda de violão constitui um momento vivo, de grande alegria, onde os usuários escolhem músicas para cantarem em grupo. MPB, sertanejo, rock, pop, samba fazem parte do repertório, sendo comum a participação dos frequentadores da praia que se unem a ao grupo, sugerindo canções ou mesmo tocando violão. Há dias em que os usuários levam instrumentos de percussão, tornando a roda mais animada. Cabe apontar que esta atividade é realizada por um musicoterapeuta devidamente habilitado, mas ela não constitui um grupo de musicoterapia porque os objetivos e o formato da atividade diferem. No grupo, realizado no CAPS, são trabalhados objetivos terapêuticos específicos de cada participante e da relação entre eles, havendo uma continuidade do mesmo, com os conteúdos sendo resgatados de uma sessão para a outra. Na roda de violão o foco é no encontro realizado no dia, a atividade é mais livre e o que se busca é, essencialmente, descontrair os participantes para que se sintam mais a vontade na praia e integrar os usuários aos seus demais frequentadores.

Por muitas vezes alguém na praia ao nos ver numa roda de violão, pede para participar, tocar e cantar conosco. Em uma destas vezes a pessoa perguntou se éramos um grupo de religiosos ou o que seríamos. Limitamo-nos a negar qualquer rótulo, mas logo depois vimos que, em seguida, ele foi abordado por uma senhora que não havia interagido diretamente com o grupo, que não conhecia ninguém do CAPS, mas que lhe explicou exatamente quem somos – demonstrando que mesmo quem parece não estar interagindo com a atividade é afetada por ela.

Podemos apontar que esta situação, assim como o encontro com o motorista da ambulância, narrado acima, são exemplos de como a simples convivência com as pessoas com sofrimento psíquico pode contribuir sobremaneira tanto para a diminuição do estigma quanto para a apropriação dos espaços por parte dos usuários.



Foto: arquivo pessoal dos autores.

Outro aspecto da oficina na praia é a utilização da mesma enquanto espaço de formação. Já participaram dela com frequência estagiários de psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF e de enfermagem e de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. A discussão com os estudantes é sempre muito rica, pois podemos abordar desde questões psicopatológicas que surgem aos conceitos de território, de autonomia/contratualidade, de protagonismo dos usuários, etc. No entanto o que mais costuma chamar atenção é o potencial de desconstrução do estigma, inclusive entre os próprios estagiários, que ao compartilhar esta experiência passam a ver com outros olhos as pessoas com sofrimento psíquico.

A Oficina se deu nos últimos dois anos com frequência variada e suas datas são combinadas nas assembleias mensais do CAPS, junto aos usuários do serviço. Nos períodos mais frios a tendência é de realizarmos a oficina mensalmente, e sem o banho de mar. Entretanto já houve períodos nos quais a oficina foi semanal, exceto pela primeira semana do mês quando ocorrem as assembleias. Em geral, na maior parte do tempo realizamos duas oficinas na praia por mês.

Ao decidir escrever sobre esta experiência propusemos aos usuários participantes da oficina que auxiliem na construção do texto, afinal, a atividade também foi construída em conjunto com eles. Reproduzimos então aqui a fala dos usuários que participaram da discussão acerca da oficina na praia:

R. G. 58 anos: fala sobre a importância da interação proporcionada pela atividade, valoriza a Yoga, por ser uma “coisa diferente, que veio da Índia (...) acho que a Fabrice aprendeu yoga para a gente fazer na praia”. Também falou sobre ajudar a vencer o medo do mar.

E. R. 60 anos: Fala sobre a localização privilegiada do CAPS, próximo à praia, sobre a responsabilidade de todo o grupo durante o trajeto. “Acho a oficina na praia

muito terapêutica, porque reúne várias oficinas. Acho muito importante a questão da coletividade, fazer as coisas juntos, companheirismo.” Cita a participação de cada profissional e estagiário que se envolveu na oficina na praia. “Não sabemos se existe outro CAPS como este!” (...) “O cuidar só muda de lugar!”

M. A. 38 anos: “É bom, porque a gente faz uma terapia fora do CAPS, com entrosamento com a natureza”.

R. R. 44 anos: “Este tratamento ajuda a gente a não ser internado”.

Q. C. 43 anos: “Muito legal! Tem gente que conhece nossos eventos pela nossa presença na praia”!

E. B. 39 anos: “A gente se reúne para não ficar desorientada. Quando eu vou à praia sozinha eu não me sinto bem como quando eu vou com o grupo do CAPS”. Todos os participantes da discussão concordaram com esta afirmação.

Além destas falas ainda houve outras, mais dispersas, sobre a sensação de segurança em ir com o grupo, por medo de ter os pertences roubados se estivessem sozinhos; lembranças de dias específicos na oficina e lembranças das estagiárias.

Desta forma, o grupo ressaltou as seguintes questões: importância da atividade para estreitar os laços entre os usuários; o quanto o grupo possibilita uma apropriação do território; o cuidado sendo produzido fora da unidade de saúde. A percepção do grupo é muito consonante com os objetivos propostos pelos profissionais, chamando atenção o nível de compreensão da proposta pela maioria dos participantes.

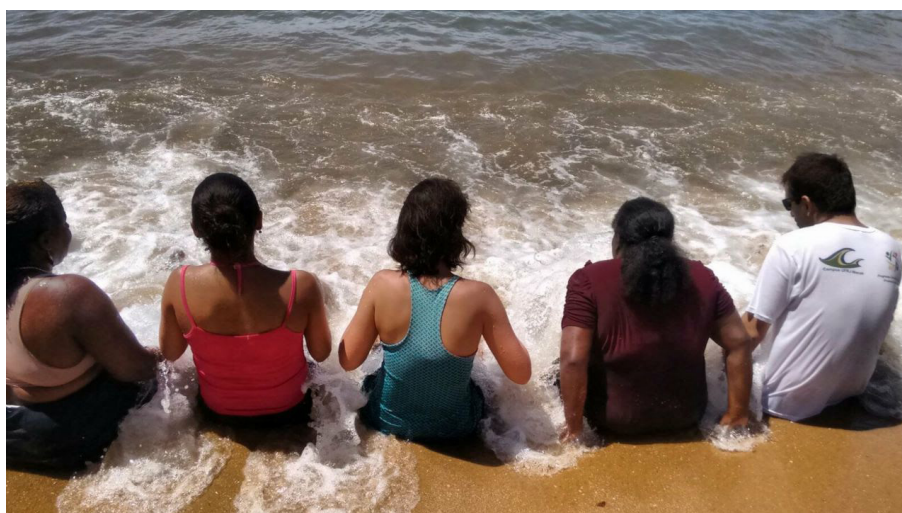


Foto: arquivo pessoal dos autores.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Oficina na Praia nos dá a dimensão do cuidado ampliado em Saúde Mental. A clínica ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e constitui uma “ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença” (BRASIL, 2019c). Romper o espaço físico da unidade de saúde, assim como os papéis profissionais cristalizados é proporcionar

também aos usuários um campo fértil para a construção de novas relações com o território e seus atores.

Ocupar espaços da cidade como a praia é favorecer a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico, garantindo-lhes o poder de trocas materiais e afetivas no corpo social. Representa uma postura de resistência ao desmonte e precarização do SUS e nos traz a certeza de que temos que continuar garantindo o cuidado em bases democráticas e humanísticas.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, **Nota contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental**. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>. Acessado em 26/03/2018. Rio de Janeiro, 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html acessado em 15/01/2018.

_____, **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS** de 4 de fevereiro de 2019a. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> acessada em 15/5/2019

_____, **Recomendação 03 do CNDH**, de 14/3/2019b. Disponível em https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/2019/marco/SEI_MDH0708397Recomendacao3sobreaNovaPoliticaDeSaudeMental.pdf. Acessado em 15/05/2019

_____, **Ministério da Saúde. Diretrizes do HumanizaSUS**. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/diretrizes>, acessado em 15/05/2019c

CNS, **RECOMENDAÇÃO Nº 001**, <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf> Brasília, 31 DE JANEIRO DE 2018.

CFP, **Posicionamento do Sistema Conselhos contrário ao Plano Nacional de Saúde Mental**; 16 e 17 de dezembro de 2017, disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-contrário-ao-Plano-Nacional-de-Saúde-Mental.pdf>. Acessado em 22/06/2018

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. Tradução Maria Luiza Appy e Dora Mariana Ferreira Silva 6ed Petrópolis: Vozes, 2008.

KINOSHITA, Ricardo T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**, in PITTA, Ana Maria F. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO TERRITÓRIO: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO A USUÁRIOS E FAMILIARES

Sdnei Gomes dos Santos

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II
Jacobina-BA

RESUMO: O presente trabalho objetiva relatar experiência do profissional enfermeiro mediador de um grupo de atividade física realizado no território com pessoas em processo de reabilitação psicossocial no CAPS II do município de Jacobina – Bahia. O objetivo do grupo é promover saúde mental a partir da atividade física com pessoas acompanhadas pelo serviço e familiares, estimulando a desinstitucionalização e integração dos mesmos à comunidade.

Metodologia: o grupo é realizado semanalmente às segundas-feiras no Centro de Artes e Esportes Unificados (CÉU). Participam pessoas com transtorno mental leve, moderado, severo e persistente. Inicialmente eles são reunidos para realização de caminhada no espaço físico, em seguida são realizados alongamentos e atividades recreativas. Possui duração de 2 horas. São instigadas discussões sobre vida saudável e importância do cuidado com a saúde mental. Após o término da atividade é oferecido um lanche e em seguida os participantes são liberados às suas residências.

Percebe-se que o grupo é um dispositivo

terapêutico de promoção à saúde mental, desinstitucionalização, integração à sociedade e motivação dos mesmos ao cuidado com a saúde física e mental. O grupo também proporcionou a integração dos participantes com alunos do ensino fundamental, que também frequentavam o espaço, desmistificando estigmas, preconceitos, tabus, onde, algumas atividades eram realizadas conjuntamente pelos participantes e eles. A atividade grupal passou também a ser terapêutica à familiares que acompanham seus entes queridos que participam das atividades, traduzindo-se em um espaço de troca de experiências, compartilhamento de vivências, sofrimentos, fortalecimento de vínculo entre os participantes e surgimento de outras demandas.

PALAVRAS-CHAVE: Grupo; Território; Desinstitucionalização.

GROUP OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE TERRITORY: THERAPEUTIC DEVICE FOR USERS AND FAMILY

ABSTRACT: The present study aims to report the experience of nursing professional mediator of a group of physical activity performed in the territory with people in the process of psychosocial rehabilitation in the CAPS II of the municipality of Jacobina - Bahia. The objective of the group is to promote mental health from

physical activity with people accompanied by the service and family, stimulating the deinstitutionalization and integration of the same to the community.

Methodology: The group is held weekly on Mondays at the Center for Unified Arts and Sports (CEU). People with mild, moderate, severe and persistent mental disorder participate. Initially they are gathered to perform walking in the physical space, followed by stretching and recreational activities. It lasts 2 hours. Discussions on healthy living and the importance of mental health care are instigated. After the activity is finished a snack is offered and then the participants are released to their residences.

It is perceived that the group is a therapeutic device to promote mental health, deinstitutionalization, integration with society and motivation to care for physical and mental health. The group also provided the integration of participants with elementary school students who also frequented space, demystifying stigmas, prejudices, taboos, where some activities were carried out jointly by the participants and themselves. The group activity also became therapeutic to family members who accompany their loved ones who participate in the activities, translating into a space for exchanging experiences, sharing experiences, suffering, strengthening the bond between the participants and the emergence of other demands.

KEYWORDS: Group; Territory; Deinstitutionalization.

1 | INTRODUÇÃO

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento multiprofissional. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9).

O ganho mais considerável e visível proporcionado pela Reforma Psiquiátrica sem sobra de dúvidas foi o cuidado em liberdade! Condição esta que quando experimentada pelo sujeito, ganha um cunho terapêutico que permite sua ressignificação sobre o sentido de sua vida e esta nova possibilidade de cuidado. Isto, quando acompanhado pela família de forma compreensível e humana, gera produções de sentido que vão muito além da reabilitação psicossocial, fortalecendo a relação de vínculo entre eles.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental [...], no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e aos preconceitos;
- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. (BRASIL, 2011 apud BRASIL, 2015, p. 8).

Diante do exposto faz-se necessário que as equipes multiprofissionais que compõem os CAPS pensem e desenvolvam estratégias de cuidado que utilizem o território como fonte potencial neste processo de cuidado e reabilitação psicossocial, envolvendo usuários do serviço, bem como seus familiares.

O presente estudo tem como objetivo geral relatar experiência do profissional enfermeiro mediador de um grupo de atividade física realizado no território, especificamente, no Centro de Esportes Unificado (CÉU) das Artes, com pessoas em processo de reabilitação psicossocial no CAPS II do município de Jacobina – Bahia. Dentre os participantes estavam pessoas com transtornos mentais leves, moderados, graves e/ou em sofrimento mental e familiares dos mesmos.

Possui como objetivos específicos:

- Perceber o grupo enquanto estratégia de promoção de saúde mental através da atividade física realizada no território;
- Estimular a desinstitucionalização das pessoas acompanhadas pelo serviço;
- Integrar pessoas com transtornos mentais graves à comunidade;
- Promover cuidado no território de forma humanizada para os participantes;
- Possibilitar troca de experiências entre participantes, enquanto estratégia de cuidado;
- Fortalecer o vínculo entre familiares e entes queridos acompanhados pelo serviço;
- Instituir o grupo como alternativa terapêutica de cuidado a usuários e familiares;
- Visualizar o grupo como alternativa de redução de danos;

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL,

O território, ao mesmo tempo que constitui-se como um campo complexo de relações, pode ser utilizado de forma muito estratégica para a construção de processos de reabilitação psicossocial, envolvendo integração e interação social-humana, além de ser um lugar com diversas possibilidades terapêuticas que podem ser inventadas, planejadas e executadas a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo os sujeitos cuidados (pessoas em sofrimento mental), bem como seus familiares que também adoecem neste processo de cuidar.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras possibilidades, isto é, as teorias e os modelos de atendimento pré-estabelecidos ao longo do tempo mostram-se insuficientes diante das demandas diárias referentes ao sofrimento e a atenção singular. Faz-se necessário criar, observar, escutar, estar atento ao quão complexo é a vida das pessoas, maior que o transtorno mental. Contudo, é preciso, definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se reflitam os conceitos, a estruturação das práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade, havendo necessidade de todos estarem envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Quebrar muros na atenção psicossocial, inclusive os existentes em mentalidades de pessoas, profissionais, familiares e comunidade é de grande valia, justamente para que as formas de cuidado tradicionais sejam repensadas, reavaliadas, criticadas e novas formas de cuidado sejam construídas de forma coletiva, envolvendo a participação de todos na operacionalização deste processo, objetivando promoção de saúde mental aos envolvidos, quebra de paradigmas, bem como prevenção em saúde mental, além da aplicação do conceito de Redução de Danos de forma mais ampliada.

3 | METODOLOGIA

O grupo é realizado semanalmente às segundas-feiras no Centro de Artes e Esportes Unificados (CÉU).

Dentre os participantes, encontram-se pessoas com transtorno mental leve, moderado, severo e persistente, além de familiares. Inicialmente os participantes são acolhidos e reunidos para realização de uma caminhada em torno do espaço físico, em seguida são realizados alongamentos e atividades recreativas com bola, obstáculos, dentre outras sugeridas pelos mesmos.

A atividade tem duração de aproximadamente 2 horas. Em determinadas oportunidades, são provocadas discussões sobre estilo de vida saudável e qualidade de vida, compreendendo a prática regular de atividade física em outros espaços do território e continuidade da atividade em outros dias da semana de forma autônoma pelos mesmos. É discutido também alimentação saudável, importância do cuidado

com a saúde mental, valorização e fortalecimento de vínculo entre familiares e amigos, importância do contato com a natureza, exploração dos recursos naturais existentes na região, entre outros.

Vale destacar que Jacobina encontra-se localizada na região Centro Norte da Bahia, extremo Norte da Chapada Diamantina, existindo muitas cachoeiras e paisagens a serem exploradas. Após o término da atividade é oferecido um lanche, momento de descontração e integração entre os participantes e em seguida com o término da atividade, os mesmos vão às suas residências ou para outros espaços sociais.

4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este grupo de atividade física foi pensado e inspirado após participação da equipe multiprofissional do CAPS II em um projeto do Ministério da Saúde intitulado: Intercâmbio de experiências - Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): atenção à crise psiquiátrica. Este projeto teve como preceptora a cidade de Resende – Rio de Janeiro e cidades em formação: Jacobina-BA, Itaúna-MG, Palmas-TO, Icó-CE, Imperatriz-MA. Cada cidade enviou dez duplas por um período de 12 meses, onde cada uma vivenciou a RAPS de Resende por 30 dias. Ao final desta etapa do projeto, foi apresentando um estudo de caso e além disso, o mesmo teve outra etapa onde profissionais da rede de Resende vieram à Jacobina para realização de oficinas formativas.

Foi muito motivador e inspirador ver como os profissionais da cidade formadora são comprometidos e desenvolvem estratégias para driblar as dificuldades encontradas no Sistema Único de Saúde (SUS). O autor que vos escreve achou fantástico ver uma Grupo de Esportes sendo mediado por um psicólogo do CAPS Casa Aberta na época, em uma quadra poliesportiva próxima ao serviço e do impacto daquela atividade na saúde mental dos participantes.

Entretanto, em outra experiência profissional em determinado CAPS II de uma cidade localizada no oeste da Bahia, o mesmo mediava um grupo de atividade física juntamente com um educador físico, onde era perceptível os benefícios que o grupo proporcionava aos participantes, seja no contexto da saúde física e mental.

A partir destas experiências vivenciadas pelo autor e em discussão com outros membros da equipe, usuários e familiares do CAPS II, em Assembleia Geral realizada no serviço, foi sugerido idealização de um grupo de atividade física em algum espaço do território. Após mapeamento territorial e identificação de potencialidades, foi realizado articulação com o coordenador do Centro de Artes e Esportes Unificados (CÉU).

O CÉU é um equipamento público que compreende integração de programas e ações culturais, práticas esportivas e de lazer, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e inclusão digital visando promoção da cidadania em territórios de alta vulnerabilidade social, idealizada em conjunto pelos Ministérios da Cultura, Esportes, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Justiça e Trabalho e Emprego

(MICE, 2011).

Após estabelecimento desta parceria, foi liberado pelo coordenador do espaço o turno da manhã da segunda-feira para realização do grupo. A estrutura física do espaço conta com quadra poliesportiva, rampas de skate, parque infantil, biblioteca, infocentro, banheiros, bebedouros, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV), sala para apresentações teatrais e artísticas, espaço para caminhada no entorno, salas para desenvolvimento de atividades grupais.

O grupo inicialmente, foi pensado como um recurso terapêutico direcionado à usuários acompanhados pelo serviço, entretanto, muitos deles por possuírem grau de dependência e limitação eram levados ao espaço pelos familiares, que acabavam participando da atividade. A partir daí, foi perceptível o quão positivo era esta participação tanto para as pessoas acompanhadas quanto aos familiares, onde, houve aumento de participação maciça da família, sendo perceptível motivação e aumento da auto estima de todos, corroborando o que é abordado no estudo abaixo.

“ A prática da atividade física como modalidade terapêutica inserida no contexto de vida da pessoa com transtorno mental pode ser compreendida como um meio destacado de gerar benefícios para a saúde.” (MELO apud LOURENÇO *et al.* 2017, p. 2).

O grupo é realizado durante às segundas feiras tendo duração de 2 horas. Inicialmente, após a chegada dos usuários e familiares é realizado o acolhimento dos mesmos, onde cada um verbaliza como está se sentindo e por ventura alguma queixa que esteja apresentando, de ordem física e/ou mental, onde os mesmos recebem orientações pontuais. Após acolhimento, os participantes são direcionados à uma caminhada em torno da estrutura física do CÉU, que tem duração de aproximadamente 1 hora.

Conforme Melo apud Lourenço *et al.*(2017), a busca de reinserção social por meio da prática de atividade física relacionada às situações referentes à saúde mental, pode ser visualizada como possibilidade de resgate de um ganho terapêutico nas relações sociais. Percebemos que a partir da realização desta atividade houve melhora na relação entre os familiares e seus entes queridos acompanhados pelo serviço, bem como motivação dos mesmos para realização de outras atividades além do que estava proposto no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas associadas, direcionadas à um sujeito de forma individual ou coletiva, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar [...] (BRASIL, 2007).

Zimerman (2000) converge com Melo, citado por Lourenço (2017) quando estabelece condições básicas para a caracterização de um grupo, onde, dentre muitas, pontua que é indissociável à conceituação de grupo que existam entre seus membros uma interação afetiva, a qual habitualmente tende a ser de natureza múltipla e variada.

É interessante ser pontuado que a construção de um PTS deva acontecer de

forma coletiva, havendo participação de profissionais do serviço de saúde, pessoas atendidas, familiares, amigos e com direcionamentos que façam sentido e parte da realidade dos envolvidos.

Assim pensando, destaca-se especialmente quando a atividade física está em aplicação dirigida à pessoas institucionalizadas, amenizando a sensação de isolamento, tornando a pessoa mais envolvida e cooperativa nas atividades em que participa melhorando sua disposição física, aumentando a sua autoestima, bem como reduzindo a ociosidade. (MELO apud LOURENÇO *et al.* 2017, p. 2).

Percebemos nos participantes que durante e após participação na atividade, havia presença dos seguintes ganhos e sentimentos: felicidade, alegria, melhora do humor, melhora na comunicação, afetividade, integração e interação social, motivação, interesses por novas atividades, estímulo à prática de atividade física à outros familiares, bem como a busca pelo cuidado com a saúde física.

É bastante comum na realidade em que atuo, as pessoas que fazem acompanhamento em saúde mental esquecerem de cuidar de outras dimensões da saúde, como a física por exemplo, fazendo com que desenvolvam doenças crônicas não transmissíveis e situações que levem à internação hospitalar por falta de cuidado com a saúde física.

Por visualizar este contexto de cuidado restrito à saúde mental, o espaço do grupo também é utilizado para discussões sobre o cuidado com a saúde de forma holística.

O espaço também foi utilizado por um bom tempo por determinada escola estadual em período de intervalo, o que proporcionou a integração dos participantes com alunos do ensino fundamental, desmistificando estigmas, preconceitos, tabus, onde, algumas atividades eram realizadas conjuntamente pelos participantes e alunos.

Para Melman, (2002 apud SANTOS 2016, p. 9) a presença de uma pessoa com transtorno mental produz um impacto nos outros membros da família, uma vez que, os familiares ficam sobrecarregados por duplas demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles.

O grupo passou também a ser terapêutico à familiares que acompanham seus entes queridos que participam das atividades, traduzindo-se em um espaço de troca de experiências, compartilhamento de vivências, angústias, sofrimentos, desabafos, fortalecimento de vínculo entre os participantes e surgimento de outras demandas que não chegavam ao serviço e tinham devidos encaminhamentos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o grupo é um dispositivo terapêutico de promoção à saúde mental, desinstitucionalização, integração à sociedade e motivação dos mesmos ao cuidado com a saúde física e mental. Nesta atividade, foi notado também, como o fato

de estarem no território é importante para a construção de um cuidado em liberdade e motivador à medida em que as pessoas acompanhadas no CAPS percebem que podem participar de atividades na comunidade e que o fato de terem determinado diagnóstico não constitui-se como limitação para interação e integração ao meio social.

No que tange aos familiares, esta experiência mostra que ao estarem participando do grupo, este torna-se terapêutico no momento em que ocorre o apoio mútuo, desabafos, compartilhamento de histórias, superações, percepção de que existem outras pessoas convivendo também com o sofrimento, a sobrecarga, o estresse, a frustração, avanços, retrocessos, ganhos secundários, estabilização.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 44 p. : il. ISBN 978-85-334-2292-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1337-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0775-0.

Lourenço BS, Peres MAA, Porto IS, Oliveira RMP, Dutra VFD. **Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem**. Escola Anna Nery 2017;21(3):e20160390. Acesso em: 20/05/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0390.pdf> Acesso em: 14 mai. 2018, 09:40:30.

PRAÇA DOS ESPORTES E DA CULTURA, **Manual de Instruções para Contratação e Execução – MICE**. Instituído pela Portaria MinC No 49 de 18 de maio de 2011. Disponível em: <<http://ceus.cultura.gov.br/wp-content/uploads/sites/28/2017/12/manual-contratacao.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018, 15:19:50.

SANTOS, Sdnei Gomes dos. **Grupo de família em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II): relato de experiência**. TCC(especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Atenção Psicossocial. Florianópolis, SC, 2016-09-23. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168574>> Acesso em: 16 mai. 2019, 11:20:30.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PROPOSTA TERAPÊUTICA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTE DE SER

Maurício Pimentel Homem de Bittencourt

Universidade Federal do Acre

Rio Branco – Acre

Fabiano Guimarães de Carvalho

Coordenador do Centro de Convivência e Cultura

Arte de Ser

Rio Branco – Acre

THERAPEUTIC PROPOSAL OF THE COEXISTENCE CENTER ARTE DE SER

ABSTRACT: The paper presents the therapeutic proposal of the “Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser” (Cecoas), located in Rio Branco, capital of the state of Acre, Brazil. Cecoas is characterized as a health unit of the state mental health policy, integrating the Network of Rio Branco Psychosocial Care. The article begins with a synthesis of the historical process that led to the formalization of the coexistence center in August 2018. The following is the therapeutic proposal of the unit, which dialogues with Carl Gustav Jung and Nise da Silveira’s occupational therapy. Cecoas relates coexistence with psychological, communitarian and sociopolitical aspects of the social reintegration of those with mental disorders

KEYWORDS: Psychology. Center of coexistence. Mental health. Free expression.

RESUMO: O trabalho apresenta a proposta terapêutica do “Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser” (Cecoas), localizado em Rio Branco (AC). O Cecoas caracteriza-se como unidade de saúde da política estadual de saúde mental, integrando a Rede de Atenção Psicossocial de Rio Branco. O artigo inicia-se com uma síntese do processo histórico que levou à formalização do centro de convivência em agosto de 2018. A seguir, expõe-se a proposta terapêutica da unidade, a qual dialoga com Carl Gustav Jung e com a terapêutica ocupacional de Nise da Silveira. O Cecoas relaciona a convivência a aspectos psicológicos, comunitários e sociopolíticos da reinserção social dos portadores de transtorno mental.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Centro de convivência. Saúde mental. Expressão livre.

1 | HISTÓRIA DE CONVIVÊNCIA

O *Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser* (Cecoas) integra o processo iniciado com a lei da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001). O texto reorienta o modelo assistencial em saúde mental e indica que a pessoa portadora de transtorno mental tem direito a “ser tratada com humanidade e

respeito (...), visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (artigo 2º, parágrafo único). Afirma ainda que a pessoa portadora de transtorno mental tem direito de “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e de “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (artigo 2º, parágrafo único). O Conselho Nacional de Saúde ficou encarregado de acompanhar a implementação dessa lei.

Em 2011, o Ministério da Saúde edita a portaria nº 3.088, a fim de instituir a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os “pontos de atenção” da rede, cria-se o modelo de “centro de convivência” (Ceco), caracterizado como uma “unidade pública articulada às redes de atenção à saúde, em especial à rede de atenção psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade” (artigo 6º). Assim, o *Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser* (Cecoas) enquadra-se no formato previsto pela portaria 3.088 e é vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Acre (Sesacre), integrando a Rede de Atenção Psicossocial do município de Rio Branco (AC).

O trabalho inicia-se em 2009, quando o fundador e coordenador do Cecoas, psicólogo Fabiano Carvalho, imagina uma forma de proporcionar a convivência entre pessoas portadoras de transtorno mental e pessoas não portadoras. Psicólogo concursado pelo Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), Carvalho percebeu que poderia conduzir atividades diferenciadas com os pacientes, inspiradas no método da doutora Nise da Silveira. Assim, começou a organizar oficinas de expressão artística livre fora do hospital, com o apoio de integrantes da APASAMA (Associação de Pacientes e Amigos da Saúde Mental). As oficinas orientaram-se por ideias como “o convívio é o tratamento” e “a pessoa com muita dor, em ambiente acolhedor, se expressa com facilidade”. Nascia o *Arte de Ser*, projeto que antecedeu a atual configuração institucional do Cecoas. As primeiras oficinas de expressão artística livre do *Arte de Ser* ocorreram em 2009, no Centro Cultural da Baixada da Sobral, transferindo-se logo depois para a Paróquia Cristo Libertador, ambos em Rio Branco. Em sua maioria, os participantes eram pacientes do Hosmac. Em 2015, a Prefeitura de Rio Branco cedeu um espaço no Parque Capitão Ciríaco, onde passaram a acontecer os encontros semanais. O local tornou-se a sede do projeto.

Estima-se que o *Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser* (Cecoas) tenha recebido 180 pessoas por ano (2009-2018), encaminhadas pelo serviço público de saúde, por psicólogos, escolas etc. Também são acolhidas pessoas não diagnosticadas com transtorno: familiares de pacientes, artistas, estudantes e admiradores. As oficinas do *Arte de Ser* ocorrem nas tardes das quartas-feiras, quando os participantes são convidados a expressarem-se livremente: pintura, desenho, poesia, música, performance, artesanato, leitura. Nesses 10 anos, o Cecoas proporcionou ainda 44 atividades dirigidas à comunidade, como exposições de obras das oficinas, palestras e filmes. Em 2018, foram realizadas 47 oficinas de expressão artística livre, com uma

média de 17,57 participantes por encontro, totalizando 826 atendimentos (soma de todas as presenças de todas as pessoas ao longo do ano). Ao todo, 329 pessoas compareceram às oficinas durante o ano. Ainda em 2018, o projeto conquistou o “Prêmio MP Atitude”, do Ministério Público do Estado do Acre, na categoria “Inovação”.

Em 23 de agosto de 2018, o *Arte de Ser* foi formalizado pelo decreto nº 9.545 do governo do estado do Acre, transformando-se oficialmente em *Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser*. O psicólogo Fabiano Carvalho tornou-se coordenador do Cecoas. A equipe é composta por mais duas funcionárias: Amanda Schoenmaker (socióloga) e Diana Goulart (arte-educadora), além de um grupo rotativo de estagiários. Atualmente, o Cecoas orienta-se pelos documentos que regem o funcionamento dos centros de convivência e cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS.

2 | INSPIRAÇÃO EM NISE DA SILVEIRA E JUNG

A efetivação do *Arte de Ser* como uma política pública de saúde mental só tornou-se possível devido à constituição de um espaço realmente acolhedor, pois a proposta terapêutica do Cecoas começa com o absoluto respeito ao portador de transtorno, interpretando-o como alguém capaz de perceber a veracidade do acolhimento oferecido. A proposta básica é acolher para gerar segurança no paciente e, a partir disso, ensejar o diálogo do portador de transtorno com o seu próprio inconsciente por meio da livre expressão. O trabalho desenvolvido no *Centro de Convivência e Cultura Arte de Ser* (Cecoas) inspira-se em Nise da Silveira, psiquiatra que anteviu a necessidade de uma reforma psiquiátrica no Brasil ainda na década de 1940. O trabalho de Silveira começou em um hospital psiquiátrico, o Centro Psiquiátrico Nacional, Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. O lugar deu origem ao Museu de Imagens do Inconsciente. Trata-se de um museu com mais de 200 mil documentos, entre pinturas, desenhos etc. O nome da instituição já conecta expressão artística com a proposta terapêutica de Silveira.

Costuma-se dizer que o Museu de Imagens do Inconsciente se constituiu desde o princípio como um núcleo de pesquisa da esquizofrenia – núcleo liderado por sua criadora que, em última análise, utilizou a expressão plástica como um meio de acesso à interioridade dos esquizofrênicos e levou ao conhecimento do grande público as obras de seus pacientes. (FRAYZE-PEREIRA, 2003, p. 198)

Frayze-Pereira argumenta que a caracterização acima revela-se acanhada “se quisermos apreender a complexidade simbólica do campo que esse museu inaugura, complexidade que surge se tomadas em consideração as milhares de imagens que aí foram elaboradas, desde a sua fundação” (2003, p. 198). O autor aponta a “significação sociopolítica” como a significação mais radical do Museu: Silveira foi uma pioneira que articulou “psicologia, arte e política numa única trama cultural” (FRAYZE-PEREIRA, 2003, p. 198). Essa trama também é tecida no Cecoas, onde pessoas portadoras de transtorno mental e pessoas sem transtorno são convidadas a “conviver de igual para igual”. A partir de uma análise sociopolítica, esse “conviver de igual para igual” significa

o empoderamento e aceitação do sujeito que não se adequa à normalidade estipulada pela psicopatologia. Parece simples a construção de um espaço assim, mas complica-se caso se considere o portador de transtorno como alguém capaz de distinguir entre “simulações de equidade” e relações verdadeiras de equidade. Assim como Nise da Silveira, a proposta terapêutica do *Arte de Ser* presume que o portador de transtorno tenha essa sensibilidade.

Numa experiência de 30 anos jamais encontrei em qualquer esquizofrênico o famoso “embotamento afetivo”. Decerto não se poderia esperar manifestações exuberantes de afetividade convencional da parte de pessoas que estão vivenciando desconhecidos estados do ser em espaço e tempo diferentes de nossos parâmetros, o campo do consciente avassalado por estranhíssimos conteúdos emergentes da profundidade da psique. (SILVEIRA, 2015, p. 85)

Silveira (2015) afirma que na esquizofrenia as forças inconscientes lutam para compensar a dissociação do consciente. Segundo a autora, as tentativas de ordenação interna e de volta ao mundo externo “tornam-se mais firmes e duradouras se no ambiente onde vive o doente ele encontra o suporte do afeto” (SILVEIRA, 2015, p. 72). É o conceito de “afeto catalisador”, um relacionamento afetivo que ajuda na comunicação e no entendimento dos processos do portador de transtorno mental. “Será preciso constância, paciência e um ambiente livre de qualquer coação, para que relações de amizade e de compreensão possam ser criadas. Sem a ponte desse relacionamento a cura será quase impossível” (SILVEIRA, 2015, p. 86). Silveira trabalha na perspectiva junguiana de que,

Na demência precoce (esquizofrenia), todos os sintomas podem ser compreendidos psicologicamente. Apesar de absurdos, incongruentes, os delírios encerram significações e também os neologismos, gestos, estereotípias, não são vazios de sentido. (SILVEIRA, 2015, p. 100)

Ou seja, essa perspectiva indica que o fator psicológico pode ser considerado primário como causa da esquizofrenia, enquanto o fator orgânico seria secundário. Segundo Silveira, Jung aponta que os distúrbios esquizofrênicos iniciais se desenvolvem a partir de “um forte afeto” (2015, p. 102) e que, no fim da carreira, Jung afirma que “a causa psicológica [da esquizofrenia] é mais provável que a causa tóxica [orgânica]” (2015, p. 102). Silveira mostra ainda que, segundo Jung, “a esquizofrenia poderá ser tratada e mesmo curada por meios psicológicos” (2015, p. 108). Assim, a autora propõe o uso da terapêutica ocupacional como modalidade de psicoterapia no tratamento da esquizofrenia.

Este método, se utilizado com intenção psicoterápica, seria mesmo o mais viável para aplicação individualizada nos hospitais públicos sempre superpovoados. Por este caminho, a experiência em Engenho de Dentro demonstra as possibilidades da terapêutica ocupacional tanto no campo da pesquisa quanto na prática do tratamento psicológico. (SILVEIRA, 2015, p. 108)

Entende-se que o “afeto catalisador” e a “terapêutica ocupacional” propostos por Silveira conformam a base da proposta terapêutica do Cecoas. O método pressupõe que toda expressão livre será valorizada e acolhida, pois cada expressão tem o seu valor e só pode ser compreendida no contexto daquele indivíduo. Segundo Reis (2014), Silveira apoiou-se em Jung para concluir que a arte tem a função de “permitir a expressão de vivências não verbalizáveis” (p. 146), ou seja, em um mundo fora da racionalidade, cabendo ao terapeuta a tarefa de estabelecer conexões. Permite-se a existência própria e do outro, evitando as análises dicotômicas sujeito/objeto; psicólogo/paciente; normal/portador de transtorno. Os efeitos terapêuticos do *convívio como tratamento* revelam-se como consequência em todo o grupo (psicólogo incluído). Reis chega à mesma conclusão de Silveira, apontando a “aceitação do outro” como um fator terapêutico para a sociedade.

O Cecoas trilha um caminho delimitado pela convivência entre iguais e pela livre expressão artística, perfazendo um território simbólico de acolhimento para a emersão dos símbolos do inconsciente. Assim como Silveira, a proposta terapêutica do Cecoas baseia-se na hipótese junguiana de que há um fluxo de símbolos entre o consciente e o inconsciente, de maneira análoga ao fluxo simbólico que ocorre nos sonhos. O método é explicado na série de filmes “Imagens do Inconsciente”, do diretor Leon Hirzman (2012), com narração de Nise da Silveira. Ali, algumas obras de pacientes são analisadas com o objetivo de entender melhor os quadros psíquicos. Silveira conecta a expressão livre a uma proposta terapêutica, mesma linha adotada pelo Cecoas.

As poderosas forças do inconsciente manifestam-se não apenas no material clínico mas também no mitológico, no religioso, no artístico e em todas as outras atividades culturais através das quais o homem se expressa. Obviamente, se todos os homens receberam uma herança comum de padrões de comportamento emocional e intelectual (a que Jung chamava arquétipos), é natural que os seus produtos (fantasias simbólicas, pensamentos ou ações) apareçam em praticamente todos os campos da atividade humana. (FRANZ, 2008, p. 419)

3 | PROPOSTA TERAPÊUTICA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTE DE SER

A proposta terapêutica do Cecoas foca na potência do portador de transtorno psicológico. Mesmo que o paciente seja diagnosticado como disfuncional no âmbito biomédico, acredita-se que os elementos para a organização de sua psique estejam em seu interior. Desta forma, toda expressão livre tem valor. Considera-se que cada obra produzida no projeto tem o potencial de trazer à tona elementos do inconsciente que contribuam para o entendimento do quadro pelo próprio participante da oficina de expressão artística livre.

A proposta fundamenta-se na criação de um ambiente de acolhimento em que a pessoa portadora de transtorno sente-se confortável para liberar os elementos de seu inconsciente, com o objetivo de organizar-se a partir da energia psíquica liberada. O

ambiente foi construído coletivamente ao longo da história do projeto (2009-2018). As presentes contribuições são trazidas na medida em que constata-se a funcionalidade do método; a reunião de ideias na presente proposta terapêutica nasce do pressuposto de que “observar, pensar e imaginar coincidem totalmente e formam parte de um só e único processo dialético. Quem não utiliza a fantasia poderá ser um bom verificador de dados, porém nunca um investigador [pesquisador]” (BLEGER, 2003, p. 19).

A localização do *Arte de Ser* no ambiente natural do Parque Capitão Ciríaco faz parte da proposta terapêutica do centro. O parque arborizado e seus animais são coterapeutas que simbolizam acolhimento e pertencimento em meio ao ambiente hostil da cidade grande. A presença da natureza é sentida de diversas formas por estagiários, funcionários e participantes. Na roda de conversa final de cada oficina, em que todos apresentam suas produções e fazem comentários sobre seus significados, evidencia-se a identificação de muitas pessoas com o espaço, onde entra-se em contato direto com os elementos do mundo. Ouve-se falar de paz, tranquilidade, descanso da agitação. Identificam-se as construções históricas do parque com as casas visitadas na infância e com escolas tradicionais da cidade. Desta forma, a localização do *Arte de Ser* no ecossistema amazônico revela-se fator terapêutico para os participantes das oficinas, diretriz peculiar da proposta ora explicitada: a floresta inserida num centro de convivência da região amazônica.

Salienta-se ainda que, se não fossem as atividades do Cecoas, o Parque Capitão Ciríaco estaria abandonado, pois não há qualquer outra ação cultural e/ou administrativa no local. No ano de 2018 houve uma reforma na sede. A equipe do *Arte de Ser* participou diretamente do processo, decorando o ambiente de acordo com a finalidade terapêutica. Criou-se um setting adequado no interior das instalações. Ali estão dispostas telas agrupadas por autor (a), conforme indicações de Nise da Silveira. O espaço foi pensado para estimular a organização mental. Criou-se ainda uma sala de anamnese para o atendimento individual, quando necessário.

Um dos principais aspectos a ser ressaltado nas atividades do Cecoas é a constância, pois o projeto nunca parou desde sua fundação, em 2009. É organizado comunitariamente toda quarta-feira, independentemente de férias, de ausência do coordenador ou de problemas estruturais. Desde 2009, o projeto só parou em recessos de fim de ano. Outro aspecto de acolhimento do Cecoas é o ambiente heterogêneo das oficinas, formado por pessoas portadoras de transtorno mental, mas também por participantes sem transtorno, familiares de pacientes, idosos, crianças, adultos, pessoas não conformadas ao “controle” característico dos ambientes da área de saúde. O clima despretensioso faz do centro um local para observar o mundo real e integrar-se a ele, sem rupturas, sem o constrangimento do julgamento tácito (olhar diagnosticador). O ambiente contribui para que se forme um lastro de realidade que permite aos participantes suportar o fluxo de elementos do inconsciente. Entende-se que a frequência de pessoas sem transtorno funcione de forma preventiva para a saúde mental da sociedade, estimulando o autoconhecimento e a auto-observação.

O método da oficina foi simplificando-se ao longo do tempo. Inicialmente, porém, o coordenador trouxe atividades e dinâmicas de grupo da área de psicologia. Psicodrama, exercícios e fórmulas prontas foram caindo aos poucos, em detrimento da expressão livre dos participantes; a fala de cada um ganhou protagonismo. O foco da coordenação passou a ser o acolhimento e a concessão de espaço a todas as expressões. Algumas propostas foram incorporadas, como a roda que se forma no início de cada oficina de expressão artística livre, com o objetivo de todos se olharem e que, a partir dessa igualdade simbólica do círculo e da horizontalidade, todas as pessoas possam se conhecer. Além desse olhar, estimula-se o relaxamento para preparar o corpo. Em seguida, o momento da expressão: aos poucos, o projeto foi conseguindo parcerias para prover o material da confecção dos trabalhos. Percebeu-se que quanto melhor a qualidade do papel, do lápis, da tinta, melhor a expressão.

A maioria das decisões foi tomada pela equipe técnica em conjunto, no sentido de deixar fluir a livre expressão artística, suprimindo qualquer método externo que pudesse direcionar os participantes. A ordem passou a ser “deixa vir”. Havia uma desconfiança a respeito da eficácia do método da expressão livre, dúvida que foi caindo rapidamente. Muitas pessoas acompanhadas pelo coordenador Fabiano Carvalho no Hosmac demonstravam um comportamento diferente no Cecoas, aprofundando-se em algumas questões, melhorando a convivência, saindo de crises agudas.

A oficina de expressão artística livre tem o seu auge ao final, quando todos “falam na frente”, ou seja, levantam-se perante os outros e dedicam-se a explicar qual foi sua experiência e o significado dessa experiência naquela tarde. Tudo é registrado em ata e áudio. As pessoas dizem o que fizeram e o que experimentaram. Quando a pessoa expressa o que pintou, aquilo aumenta o sentido da obra para ela mesma; todos mostram-se atentos e valorizam esse momento de troca, de dedicação, de trabalhar a comunicação com o mundo real. Os participantes sentem-se únicos, observados, honestos consigo mesmos e com a audiência. Fortuitamente, o mesmo tema aparece na obra de duas ou mais pessoas, revelando sincronia entre sujeitos que não conversaram.

Cada oficina tem a sua própria personalidade e história. Dentro da proposta dos efeitos curativos do “convívio”, a comunicação interpessoal ganha enorme importância e, nesse contexto, quando um conteúdo é expresso sincera e honestamente, toca outras pessoas, ecoa o que o companheiro está falando. Quando alguém se afirma perante a sociedade, sente a importância de expressar-se livremente, de ter coragem para ser o que é, reconhecendo também o valor de falar de si para os outros.

4 | A COMUNIDADE COMO COTERAPEUTA

A comunidade do entorno é interpretada como coterapeuta, de acordo com as diretrizes da portaria nº 396 do Ministério da Saúde, editada em 07 de julho de 2005. Ali estão orientações gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na

rede de atenção em saúde mental do SUS, sistema do qual o Cecoas faz parte. Em seu artigo 1º, a portaria indica que os “Centros de Convivência não são equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana” (inciso VI). No inciso VII, o documento aponta que a articulação deve ocorrer não somente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Saúde, Programa de Saúde da Família e outros, como também com “outros campos como os do trabalho, cultura e educação”. Tais articulações são vistas como fundamentais “para a reinserção social dos usuários e para o fortalecimento dos laços comunitários” (inciso VII da mesma portaria). Por fim, o inciso IX estimula parcerias “com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações”.

O Cecoas preocupa-se com a organização do espaço físico e social da comunidade do entorno, como forma de prevenir transtornos mentais. Entende-se que o centro deve ir ao território em busca de pessoas com transtorno mental grave que possam frequentar as oficinas. Assim, neste primeiro ano (2019) como centro de convivência formalizado da rede pública, estão previstas pesquisas e visitas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de saúde, às unidades básicas de saúde, residências da comunidade próxima e ao Hosmac, em busca de portadores de transtorno mental. A ideia é identificar pacientes em condições de serem levados para as oficinas. Para participarem, essas pessoas não podem estar sedadas ou com uniforme de instituição. Como critério básico, basta estar fazendo tratamento e/ou ter interesse em participar. Com o objetivo de atender à crescente demanda desse público, foi definido mais um horário de oficina de expressão livre nas manhãs das sextas-feiras.

Pretende-se atrair ao Cecoas atividades já existentes na cidade, como o “senadinho” nos bairros, evento tradicional do centro de Rio Branco em que idosos se encontram para dançar. As parcerias com a prefeitura incluem a recuperação da infraestrutura do Parque Capitão Ciríaco e a recuperação histórica da unidade. Todas essas atividades são vistas como forma de ampliar a capacidade do projeto em prevenir transtornos mentais, reforçando a ideia do ambiente natural e social como coterapeuta. Ao dedicar-se à comunidade do entorno, o próprio Cecoas, enquanto instituição, mantém viva sua autorregulação, reforçando e aprofundando um método surgido de forma comunitária. Como integrante da rede estadual de saúde, a equipe do Cecoas também participa de atividades no interior do Acre, como capacitações em outros municípios, sensibilização de equipes e treinamento na metodologia de lidar com portadores de transtorno mental.

Em sincronia com o recente processo de formalização, o Cecoas reaproxima-se da área clínica. O projeto visa fazer mais anamneses, estudar os casos de cada participante e reiniciar um trabalho de parceria com o Hosmac. Muitos pacientes e suas famílias estão à espera de um acompanhamento mais detalhado. Nesse rumo, as manhãs das quintas-feiras tornaram-se momentos de reflexão. Analisam-se, por

exemplo, as possibilidades de um acompanhamento maior para cada paciente, qual o vínculo com o projeto, qual a situação familiar. Enfim, estuda-se a trajetória daquele participante, analisando a hipótese / necessidade de estabelecer planos terapêuticos individuais.

5 | EXPRESSÕES

Como exemplo dos resultados obtidos no Cecoas, seguem manifestações registradas em oficinas de expressão artística livre. Essas expressões, de uma mesma pessoa, trazem um misto de conversa e produção artística. Atenta-se para o conteúdo e não para a cronologia ou para o formato proposto.

- Arte dos Sentimentos - 22/02/2014

A maior arte é aquela de ser você mesmo como ela própria. As artes que estão fora, estão aos olhares de todos, mas a maior arte é a fonte de onde ela veio. Posso olhar pra arte, mas eu preciso senti-la pra ser arte verdadeira. A arte vem de dentro de alguém ou algo que tem sentimentos, porque o sentimento é arte; o amor é uma arte, a tristeza é uma arte; a dor é uma arte; tudo aquilo que sai expressivo. Os que não conseguem se expressar, esses são doentes de arte e doente é aquele que tem medo de se expressar.

A arte não faz mal a ninguém, mas faz bem ao espírito (a alma).

A sua alma é uma arte repleta de sentimentos para serem impressos no papel. O papel em branco precisa do seu traço de arte para ser arte. Valoroso o papel que está em branco, pois o mesmo está prestes a receber um sentimento meu e seu para se tornar simplesmente arte. A arte que passa alívio no ser e tira peso de si, saiba que quando sentir isso, saiu arte de você.

- Preciso me render - 20/08/2014

*Hoje eu vim pra cá,
Sem poder andar,
Sem poder falar,
Sem poder imaginar...*

*Sem querer saber de viver
Nos meus pensamentos comecei a me perder
Não sei mais o que fazer
Para a ajuda, poder me render.*

*Na metafísica tudo é possível
No meu físico tudo é invisível.*

*As pessoas olham para mim,
Mas não conseguem me ver,
Porque eu sou muito mais do que os olhos podem ver.*

*Eu não me troco para ser aquelas pessoas,
Muito menos me vender para o sistema delas.*

*Pare com este olhar, que parece sempre me julgar.
Tente me conhecer, tentar me entender.
Pare de me observar, tentando me analisar.
De mim você só vai se afastar, porque eu vou começar
A te enganar por tentar me estudar.*

**Nos seus livros de psicologia,
Você nunca irá me encontrar.**
*Como isso me deixa indignada,
E dentro de mim começa a raiva.*

*Eu começo a suar e o coração acelerar
E eu começo a me tremer, o porquê não sei dizer,
Mas boa coisa não é sobre o que sinto ao te ver.
Porque você começa a me matar, só apenas com um olhar.
Eu sinto a rejeição como uma dor no peito bem em cima
Do meu coração, e aí vai faltando a respiração...*

- Nada mais faz sentido

Vim aqui à frente porque quero mostrar que eu existo, é uma forma de chamar a atenção das pessoas para mim. Eu sou um exemplo de timidez que não aguentava mais ser invisível aos olhares das pessoas. Tem um dia que você cansa de se esconder e passar despercebido dos olhares. Não consigo falar, porque meus pensamentos são acelerados e sempre esqueço de falar algo que pra mim é importante.

AHHHHHHHHHHHH!!!!!!

Eu não consigo respirar, falta o fôlego, meu coração bate acelerado e minhas mãos tremem ao ler o que escrevi. Penso no que vão falar de mim. Mas estou aqui... Tiro a minha máscara de sorrisos e alegria falsa para neste momento “ser” eu.

Não sou poeta, sou ruim de escrita, sou só uma jovem sofrida. Tenho necessidades extremas de me expressar, há 9 meses esse papel em branco é quem tem sido meu psicólogo, e o “Arte de Ser” minha psicoterapia.

Existem várias coisas dentro de mim que preciso jogar pra fora que só os remédios

e esse papel em branco e arte não dão pra explicar a dor e o desespero silencioso que sinto. Não estou conseguindo lidar com as pessoas mais, procuro sempre estar sozinha e no escuro, tomar aquele monte de remédios e dormir. Só dormindo consigo aliviar a minha dor e o vazio que tem dentro de mim. Me sinto inútil, fraca, desanimada, até as atividades que amo fazer, não consigo.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se que a proposta terapêutica do Cecoas inspira-se no “afeto catalisador” e na “terapêutica ocupacional” propostos por Nise da Silveira. Entende-se ainda que, em síntese, a proposta aqui descrita: a) enseja uma situação de convívio em que as pessoas ganham liberdade para “serem” e isso tem viés terapêutico pois permite o “diálogo” com o inconsciente; b) previne transtornos mentais “cuidando” do meio ambiente e da comunidade.

Como parte da dinâmica do centro e de sua proposta participativa, o presente texto será lido e discutido com a comunidade, a fim de estimular reflexões. Observa-se uma proposta terapêutica construída coletivamente, sem qualquer garantia de chegar onde chegou, ou seja, uma história de dez anos, agora formalizada como Centro de Convivência e Cultura. O Cecoas resulta de trabalho organizado horizontalmente, com a contribuição de muitas pessoas, cada uma em sua área. Legitima-se e valoriza-se o convívio, com o nivelamento de todos sob o mesmo rótulo de *pessoas* em busca de *ser*. A interação gera a sensação de acolhimento, fator de prevenção e tratamento de transtornos. No *Arte de Ser*, a função de psicólogos, técnicos e estagiários é a mesma: “conviver”. Testemunha-se um profundo aprendizado sobre a dinâmica do transtorno mental. Fica a experiência de humanismo e crença na superação dos transtornos, o “ser e deixar ser” como proposta de terapia, cada um ajudando-se e ajudando o outro (empatia).

REFERÊNCIAS

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Decreto nº 9.545, de 23 de agosto de 2018. Diário Oficial do Estado do Acre de 24/08/2018. Rio Branco: Governadoria do Estado.

FRANZ, M. L. Conclusão. In: JUNG, C. G. (org.) **O homem e seus símbolos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 417-429, 2008.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estudos Avançados**: Revista do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, vol. 17, n. 49, p. 197-208, 2003. Consultado em 15 jan. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18404.pdf>

IMAGENS DO INCONSCIENTE. Direção de Leon Hirszman. Rio de Janeiro, Cinemateca Brasileira / Leon Hirszman Produções, 2012. 202min. son. color.

Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União 09/04/2001. Brasília: Pres. República. Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216

Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005. Diário Oficial da União de 11/07/2005. Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União de 26/12/2011. Brasília: Ministério da Saúde. Consultado em 10 fev. 2018. Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011

REIS, A. C. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. **Psicologia: ciência e profissão**: Revista do CFP, vol. 34, n. 1, p. 142-157, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a11.pdf>

SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2015.

RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONSTRUINDO A AGENDA DE SAÚDE MENTAL UNIVERSITÁRIA

Elisângela Lopes de Faria

Enfermeira; Especialista; UFV; Aux. Enfermagem;
elisangelalfaria@gmail.com.

Ana Maria Cecílio

Assistente Social; Mestre; UFV; Assistente Social;

Diego Vales Deslandes Ferreira

Professor; Doutorando; UFV; Técnico em
Assuntos Educacionais;

Flávia M. Barroca de Barros

Psicóloga; Doutora; UFV; Psicóloga;

RESUMO: A Terapia Comunitária Integrativa – TCI é uma prática de intervenção de grupos sociais, incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2017, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria GM/MS nº849/2017. Esta prática visa à consolidação de redes sociais solidárias, com recursos próprios da comunidade, baseada em encontros facilitadores de troca de experiências e partilha de sofrimento de amplo alcance. Trata-se de uma metodologia criada pelo médico psiquiatra Adalberto Barreto, em meados de 1987 na Universidade Federal do Ceará. Seu objetivo é partilhar vivências da própria comunidade como estratégia de enfrentamento de conflitos e superação do sofrimento mental, motivando a resiliência. A TCI foi adotada diante da demanda em saúde mental no *Campus* UFV-Florestal, proposta

durante a discussão entre diversos profissionais de saúde, educação e assistência social, sobre a necessidade de uma intervenção para acolher estes estudantes que experimentam de alguma maneira o sofrimento mental, que atinge cada vez mais jovens durante o período acadêmico. A técnica consiste na formação de uma roda, onde serão acolhidos estudantes e demais interessados a partilharem experiências de um tema elegido pela maioria dos interessados. A solução desses problemas deve surgir do próprio grupo, lembrando que o mediador deve conduzir a roda com uma escuta respeitosa e sem julgamentos, e que os participantes devem evitar expor assuntos muito íntimos. Os resultados apresentados pelas primeiras rodas de terapia comunitária, apesar da dificuldade de uma equipe multidisciplinar possuir um número limitado de profissionais, suscitou a necessidade de fazer algo além das atribuições já exercidas, tais como palestras esclarecedoras, campanhas temáticas de promoção à saúde, capacitação técnica para atuar com essa metodologia, bem como a necessidade da criação de um núcleo em saúde mental para atender essa demanda e a nova política de cotas para deficientes. Apesar da dificuldade da adesão dos participantes e o engajamento de outros profissionais no projeto, o primeiro resultado visível é o fortalecimento do trabalho em equipe motivando o desenvolvimento de outros projetos

que possam proporcionar ao aluno mais qualidade de vida e saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Terapia Comunitária, Roda.

INTRODUÇÃO

A Terapia Comunitária Integrativa – TCI foi incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares através da Portaria N° 849, de 27 de março de 2017, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Organização Mundial de Saúde preconiza o reconhecimento e a incorporação das medicinas Tradicionais e Complementares nos Sistemas Nacionais de Saúde, denominadas pelo Ministério da Saúde, que é o órgão máximo gerenciador dos programas de saúde do Brasil, como Práticas Integrativas e Complementares. (BRASIL, 2017. PORTARIA 849/2017 – MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A TCI, é uma técnica Brasileira, referenciada mundialmente. Foi idealizada no ano de 1987 pelo antropólogo, médico, psiquiatra e professor na Universidade Federal do Ceará, Alberto de Paula Barreto, a TCI é uma prática de intervenção de grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Parte do princípio de que a comunidade e os indivíduos têm problemas, e que juntos podem desenvolver recursos, competências e estratégias na busca de soluções para suas dificuldades.

A TCI consiste no espaço de acolhimento do sofrimento, e favorece a troca de experiências entre pessoas, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. O processo terapêutico é capaz de produzir efeitos individuais e coletivos na medida em que todos os participantes partilham suas experiências, buscam resgate da identidade, restauração de autoconfiança e autoestima. Dessa forma podem contribuir para a resolução dos problemas apresentados. (BRASIL, PORTARIA N° 849/2017-MINISTÉRIO DA SAÚDE).

No *Campus* UFV – Florestal, a abordagem comunitária surgiu da necessidade de encontrar respostas para as demandas dos estudantes, relativa à saúde mental no ambiente universitário, propício ao desenvolvimento de transtornos ansiosos, levando ao adoecimento e conseqüentemente, perda de rendimento acadêmico, afastamento do convívio social e familiar, e até mesmo o abandono do curso.

Nesse sentido, vários profissionais se reuniram para discutir e encontrar formas de atender estes estudantes, de acordo com as capacidades materiais do *campus*, no que concerne ao pessoal especializado (medicina, enfermagem, psicologia, pedagogia e serviço social) e à infraestrutura (espaço físico para o atendimento dos estudantes, palestras, etc.).

UM PROJETO EM CONSTRUÇÃO...

A Roda de Terapia de Comunitária Integrativa – TCI é um instrumento a ser

utilizado na saúde, assistência social e educação, sendo importante iniciativa para o enfrentamento de dificuldades nas relações sociais comunitárias de modo geral. Orienta-se pelo paradigma sistêmico, no sentido de entender o processo saúde doença e seus multideterminantes. Facilita aos seus participantes partilhar experiências de vida, dificuldades, problemas, conflitos e saberes. Contribui para a construção da autonomia, autoconfiança e fortalecimento de vínculos. (BARRETO, 2008).

Esta metodologia foi fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Através dos recursos oriundos da própria comunidade, é fundamentalmente uma estratégica integrativa e intersectorial de promoção e cuidado em saúde, que possibilita ouvir a si mesmo e aos outros participantes. Nessa perspectiva, a pessoa pode atribuir outros novos significados ao sofrimento, diminuindo o processo de somatização e complicações clínicas. É uma prática que pode ser bem combinada com exercícios respiratórios, de postura física, meditação e relaxamento. (BRASIL, 2017. PORTARIA 849/2017 – MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Na UFV – *campus* Florestal, a iniciativa de implementar a TCI surgiu a partir de uma demanda institucional relativa à saúde mental no ambiente universitário, emergindo a discussão por diversos profissionais que atuam na assistência estudantil e atendimento psicopedagógico sobre a necessidade promover ações para melhor acolher e incluir a comunidade acadêmica. Tem como perspectiva fundar as bases de institucionalização de um Núcleo de Saúde Mental no *Campus* UFV – Florestal.

Seu desenho institucional busca atender às peculiaridades locais, tomando em conta que neste *Campus* estão matriculados 2.727 alunos em cursos presenciais técnicos, ensino médio estadual e federal, graduação e pós-graduação. Esses alunos são procedentes de diversas cidades de Minas Gerais e do País, com diferentes valores, estrutura familiar muitas vezes fragilizada, desvantagem socioeconômica, trajetória acadêmica em escolas públicas e privadas e diferentes expectativas quanto à vida estudantil, tanto os alunos quanto os seus familiares.

No momento de sua implementação foi considerado o quadro funcional de técnicos que exercem atribuições e prerrogativas de seus cargos em particular, os quais estão demonstrando interesse em participar das rodas. Todos são capazes de contribuir positivamente, enquanto não houver a criação de um Núcleo de Saúde Mental e suas condições materiais de funcionamento, no que diz respeito à destinação e instalação de um espaço físico, pessoal qualificado e cumprimento dos demais requisitos para a oferta de um serviço com a qualidade e eficiência que o mesmo requer.

Ao mesmo tempo, se reconhece a necessidade de que qualquer iniciativa institucional no campo da saúde mental necessita atender aos requisitos da política pública de saúde em curso no País, pela viabilidade de ser implementada dentro da rede de saúde no município de Florestal – como suporte aos possíveis encaminhamentos para outros serviços de média e alta complexidade que cada caso vier a requerer.

A construção deste trabalho tem caráter interdisciplinar, possibilitando a troca de

saberes e multiplicidade de olhares. Nesse sentido, busca-se promover um espaço de partilha de experiências, saberes, sofrimento e aprendizagem, visando à promoção do bem estar e da saúde. É esperado que o desenvolvimento de Rodas de Terapia Comunitária Integrativa facilite a impulsão e o cuidado da saúde emocional de seus participantes.

É importante destacar que a noção de cuidado foi traduzida pela III Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM, realizada em 2001, em Brasília/DF, onde se procurou afirmar: “Cuidar sim, excluir não”, de modo que não apenas os profissionais de saúde, mas toda a sociedade tomasse como tarefa o ato de cuidar e incluir o sujeito afetado pelo sofrimento psíquico no convívio social, visando ao exercício de uma possível cidadania. Cuidar, nessa perspectiva, significa incluir, em oposição à exclusão, ao descaso e ao abandono que caracterizaram as práticas psiquiátricas tradicionais de caráter manicomial que existiam no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental foi implementada pela Lei Nº 10216/2001, visando garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, ofertando cuidados sustentados pelos recursos que a comunidade oferece. Sua engenharia institucional envolve uma estrutura de serviços que compõem a rede de atendimento e regulação, a saber:

- CAPS I: São serviços para cidades de pequeno porte, tal como Florestal/MG, que devem dar cobertura a toda população com transtornos mentais severos durante o dia (adultos crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas);
- CAPS II: São serviços para cidades de médio porte e atendem a população adulta durante o dia;
- CAPS III: São serviços 24 horas, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem a população adulta;
- CAPSi: São serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia;
- CAPSad: São serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Além dos CAPS, as várias estratégias de intervenção e cuidados da rede de saúde pública prenunciam a avaliação interdisciplinar. Essa prática combina com os propósitos da Roda de Terapia Comunitária Integrativa, conforme já foi dito anteriormente, bem como da equipe técnica que desenhou o projeto inicial. Infelizmente, por possuir uma população abaixo da exigência mínima para o CAPS I, cerca de um total 7.343 habitantes na cidade de Florestal, estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em 2017, o serviço psiquiátrico é referenciado para o município

de Betim, que também atende as urgências psiquiátricas e internações. No entanto, o município atualmente conta apenas com atendimento de um psicólogo clínico, e considera os estudantes da universidade como uma população flutuante.

Neste *Campus* UFV – Florestal, são demandados pelos alunos vários serviços educacionais, de saúde e assistência estudantil, tais como: atendimento pedagógico, através da Diretoria de Ensino; atendimentos de assistência social, enfermagem, medicina e psicologia, através da Diretoria de Assuntos Comunitários. Os profissionais que atuam nessas áreas são servidores que desempenham funções inerentes aos seus cargos e estão se reunindo mensalmente para tratar de problemas comuns surgidos no ambiente acadêmico, e a capacidade de respostas, na medida das condições materiais de atendimento existentes no *Campus*.

Recentemente, houve uma mobilização de alunos e servidores em torno da preocupação com o suicídio cometido por estudantes de várias outras universidades públicas. A discussão do problema suscitou a incidência da ansiedade como um fenômeno que pode comprometer o desenvolvimento acadêmico, levar ao adoecimento, dificultar as relações sociais e familiares, entre outras consequências.

Um prévio levantamento realizado entre esses profissionais que prestam atendimento cotidianamente, as principais queixas dos estudantes se relacionam à dificuldade de adaptação longe da família, baixo desempenho nos estudos (concentração, aprendizado, escolha equivocada do curso, etc.), problemas de relacionamento familiar, dificuldades em conseguir conquistar novas amizades, problemas afetivos e financeiros para a sua manutenção em Florestal, ainda que sejam bolsistas da assistência estudantil.

Um dos principais atendimentos, em virtude da sua importância para os estudantes nesse primeiro momento de manifestação da ansiedade são os serviços médicos, onde cada servidor (médico, auxiliar de enfermagem e psicólogo) atua de acordo com sua área de conhecimento.

O Psicólogo Clínico, na área específica da saúde, atua na avaliação, intervenção e reabilitação psicológica em diversos contextos, visando o desenvolvimento do bem estar do indivíduo, a partir da compreensão crítica e reflexiva da complexidade e da subjetividade humana. Nos últimos anos, o atendimento psicológico passou a ocupar a totalidade da agenda disponível no Serviço de Saúde, fato que vem causando preocupação.

A atuação do profissional de enfermagem é de extremo significado, pois além de ser a porta de entrada, recebendo a demanda de saúde mental nos estabelecimentos de saúde, também cria e mantém o ambiente terapêutico, realizando planejamento e gestão do cuidado atuando juntamente com a equipe interdisciplinar de saúde mental.

Suas ações estão focadas na promoção de saúde mental, na prevenção das recaídas, na ajuda ao portador de transtorno mental a aceitar, conhecer e enfrentar as pressões provocadas pelo transtorno e na capacidade de assistir ao indivíduo, família e à comunidade, ajudando-os a conviver, desempenhando seu papel como educador

em saúde promovendo qualidade de vida.

O Enfermeiro usa a percepção e a observação para promover um melhor contato com a realidade, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo, realizando a terapia do cotidiano, que são alternativas de expressão da sua produção psíquica, em busca da construção de uma melhor qualidade de vida e o resgate de sua cidadania. (VIDEBECK, 2012).

Quanto ao Assistente Social, o seu trabalho profissional nas Políticas de Saúde é regulamentado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, pautadas no Código de Ética Profissional e na lei que regulamenta a profissão.

No âmbito da saúde, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos, a saber: a) atendimento direto aos usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional. O projeto ético-político da profissão assenta-se na perspectiva da totalidade social e, no campo da saúde, sua ação é baseada em conceitos fundamentais, “como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade”. (CFESS, 2010).

ATCI tem como objetivo geral desenvolver práticas que favoreçam a permanência, qualidade de vida e a saúde mental dos estudantes no *Campus* UFV – Florestal, buscando minimizar comportamentos de risco, prevenir e promover a saúde emocional. E como objetivos específicos:

- Realizar rodas de Terapia Comunitária Integrativa mensais, com a participação de técnicos das áreas de saúde, educação e serviço social, estudantes e demais pessoas interessadas, no *Campus* UFV – Florestal;
- Diagnosticar situações entre os estudantes e buscar formas de intervenção entre os diversos profissionais que atuam no *Campus* UFV – Florestal;
- Construir formas de acolhida humanizada do processo de chegada e permanência dos estudantes no *Campus* UFV – Florestal;
- Capacitar servidores interessados em desenvolver habilidades de mediação e direção de Rodas de Terapia Comunitária Integrativa;
- Iniciar as bases de fundação do Núcleo de Saúde Mental no *Campus* UFV – Florestal.

Esta iniciativa demonstra a preocupação dos servidores da UFV – *Campus* Florestal em relação às demandas apresentadas durante o atendimento especializado nos diversos setores, e estão buscando construir formas conjuntas para dar respostas aos problemas colocados pelos estudantes, sobretudo o fenômeno da ansiedade, que pode levar ao adoecimento, comprometer o desenvolvimento acadêmico e provocar a evasão escolar.

Diante das diversas demandas nos serviços de assistência social e saúde, e da percepção de que o problema da ansiedade é recorrente entre os estudantes, coloca-

se a necessidade de criar mecanismos de enfrentamento desse fenômeno, até que seja possível institucionalizar um Núcleo de Saúde Mental na UFV – *Campus Florestal*.

A introdução da roda de Terapia Comunitária Integrativa visa oferecer um espaço de compartilhamento de problemas comuns aos estudantes e possíveis soluções, baseando-se no vivido de cada participante. Sua realização antecederá a um planejamento e será dirigida por um ou mais mediadores, com habilidades para interagir, interceder e brincar.

As avaliações de cada encontro terão o acompanhamento dos profissionais especializados nas áreas de saúde (auxiliar de enfermagem, médico e psicólogo), bem como dos assistentes sociais e demais servidores envolvidos.

Dessa forma, busca-se promover a saúde e o bem estar da comunidade acadêmica em geral, tendo a convicção e que a roda de Terapia Comunitária Integrativa seja um instrumento oportuno, viável e eficaz na implementação de medidas que visem à promoção da saúde e bem estar. O projeto tem como público alvo, os alunos dos cursos oferecidos na UFV – *Campus Florestal*, que desejam ouvir ou falar de experiências na roda de Terapia Comunitária Integrativa. Espera-se que no futuro a roda possa ser estendida à população do município de Florestal, através de parceria com o serviço de saúde local.

A metodologia utilizada é a própria técnica da Terapia Comunitária Integrativa. A TCI visa facilitar a formação de redes sociais solidárias de promoção da vida, usando os recursos e competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Os encontros buscam focar a dimensão terapêutica do grupo, valorizando a experiência de vida de cada sujeito. A TCI é um instrumento com alcance coletivo, que ajuda a fortalecer a estima, uma vez que são reconhecidas as potencialidades individuais e coletivas na tentativa da redução ou superação dos sofrimentos do cotidiano. (BARRETO, 2008).

Conforme Barreto (2008), a TCI é uma prática de cuidado, cujos objetivos principais são:

- Fortalecer o indivíduo para descobrir seus valores, potencialidades proporcionando autonomia;
- Fortalecer a autoestima individual e do grupo;
- Aumentar a confiança do indivíduo, potencializando a sua capacidade como sujeito;
- Reconhecer o papel da família e de diversas relações de convívio;
- Valorizar os grupos sociais e identificar seus valores culturais;
- Fortalecer laços sociais;
- Reconhecer as instituições sociais e práticas culturais tradicionais locais;
- Proporcionar um canal de comunicação entre as diferentes formas do “saber

popular” e “saber científico”;

- Estimular as relações sociais, por meio do diálogo e da reflexão para que o sujeito conquiste a sua própria transformação.

A participação na roda de TCI facilita mudanças nos determinantes sociais da saúde, uma vez que as pessoas abordam seus problemas do dia a dia. Problemas que, muitas vezes, causam estresses, inseguranças, senso de exclusão, dificuldades de acesso a bens e serviços. Assim, a TCI propicia um espaço de articulação e busca de resoluções compartilhadas para problemas que são de todos, como também de prevenção para problemas futuros. Possibilitando a formação de redes de apoio social que tornam o indivíduo e a comunidade mais autônoma (BARRETO, 2008).

Segundo Barreto (2008), a prática da TCI pode acontecer em contextos e espaços físicos diversos, como por exemplo, ambulatórios, salas de aula, igrejas, anfiteatros ou em qualquer outro local de convivência das pessoas. Busca-se uma regularidade para a realização da roda de Terapia Comunitária Integrativa a partir de uma agenda feita em conjunto com os participantes. Seu desenvolvimento consiste em seis etapas e cada encontro tem um tempo de duração mais ou menos determinado, conforme descrição resumida a seguir:

1ª etapa - Acolhimento: aquecimento do grupo e boas-vindas. Primeiramente é feita uma atividade recreativa, para descontrair e relaxar o grupo. Explica-se o objetivo da Terapia Comunitária Interativa e esclarece as regras que permitem a escuta respeitosa.

2ª etapa - Escolha do tema: o terapeuta comunitário enfatiza a importância de falar dos sofrimentos do cotidiano, sendo que em cada encontro, apenas um tema será escolhido e refletido coletivamente. Tempo aproximado: 10 minutos.

3ª etapa - Contextualização: a partir do tema escolhido o participante que fez a sugestão é convidado a dar mais informações sobre o que está vivenciando. Podendo todos os presentes na roda fazer perguntas que facilitem ao protagonista uma reflexão para que ocorra a ressignificação do contexto em que está inserido. Tempo aproximado: 15 minutos.

4ª etapa - Problematização ou partilha de experiências: É quando o mote (pergunta chave) é apresentado, ele irá permitir a reflexão coletiva, uma vez que a situação relatada, provavelmente, fez suscitar situações semelhantes vivenciadas e possibilidades de superação pelos outros participantes da roda. Tempo aproximado: 45 minutos.

5ª etapa - Encerramento reflexivo: os presentes falam sobre o que aprenderam com as experiências de vida que foram apresentadas na roda. Tempo aproximado: 10 minutos.

6ª etapa - Apreciação: é quando o grupo que conduz a roda aprecia o desenvolvimento da sua prática, com o objetivo de melhorar suas próximas atuações.

Tempo aproximado: 20 minutos.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para a implementação da roda de TCI foi necessário a respectiva aprovação pela direção geral da UFV – *Campus* Florestal, com a prévia apresentação de um projetos dos profissionais envolvidos no atendimento à comunidade estudantil.

Antes do início das rodas foi necessário aproximar pessoas de diferentes setores para que pudessem contribuir para a sua implementação, ofertando seu saber profissional para as avaliações e encaminhamentos.

Os recursos utilizados até então compreendem o espaço físico oferecido na sede do Grêmio Estudantil e do Palco Aberto (espaço público destinado às atividades culturais dos estudantes). Os próprios profissionais do *Campus* envolvidos no atendimento especializado da assistência estudantil formaram uma equipe mínima para a implementação e acompanhamento das rodas, além de outros servidores interessados, que se dedicaram a acompanhar o projeto.

Paralelamente, são organizadas campanhas temáticas: “Setembro Amarelo”, “Outubro Rosa” e “Novembro Azul” e outros temas, que contribuíram para a adesão da comunidade acadêmica em geral, tendo boa aceitação.

Com o início do ano letivo para os alunos de cursos técnicos e de graduação presenciais, espera-se que em 2018 a primeira roda de TCI seja realizada no próximo mês de março, para a qual haverá uma mobilização entre os servidores e as representações dos estudantes (Grêmio Estudantil e Diretório Acadêmico – DCE).

O projeto está viabilizando o alicerce para a fundação do Núcleo de Saúde Mental para atender esta e outras demandas surgidas a partir da matrícula de alunos pela Reserva de Cotas – SISU/2018/Pessoas com Deficiência, o qual está sendo discutido pela equipe Interdisciplinar envolvida na Roda de Terapia Comunitária Integrativa – TCI.

CRONOGRAMA

Atividades/Meses	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas técnicas UFV - Viçosa						X	X	
Aprovação e Implementação						X	X	X
Reuniões mensais de Equipe	X	X	X	X	X	X	X	X
Roda experimental					X	X	X	

Ano 2017

Rodas de TCI Mensais	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Reuniões mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Palestras/Grupos			X				X		X	

Ano 2018

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do trabalho proposto suscita uma reflexão sobre a real necessidade de desenvolver estratégias e intervenções que possam aliviar o sofrimento desse público específico de estudantes que lidam diretamente com conflitos interiores, cobranças e outros aspectos emocionais que possam influenciar no rendimento acadêmico, considerando que o acolhimento destes alunos não deve ser absorvido apenas pelas equipes de saúde e assistência estudantil. Pois diante da busca constante em amenizar o sofrimento psíquico, é preciso levar em conta a importância do uso de suportes sociais, estando também associados à própria percepção que o estudante tem acerca de possibilidades para buscar mais qualidade de vida e consequentemente uma saúde mental favorável.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. Fortaleza, LCR, 2008.
- BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União Nº 60, Seção 1, pág. 68 de 28 de março de 2017, Brasília-DF.
- DE LIMA, J. R. N. et al. **Percepção do acadêmico de enfermagem sobre o seu processo de saúde/doença durante a graduação**. Revista Saúde & Transformação Social, v. 4, n. 4, p. 54-62, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: **Classificação Internacional de Doenças**. São Paulo: EDUSP, 1ª ed., 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Org.). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.
- Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: **15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005.
- ROCHA, E. S.; SASSI, A. P. **Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina**. Revista brasileira de educação médica, v. 37, n. 2, p. 210-216, 2013.
- SARAIVA, A. M.; QUIXADÁ, L. M. **Realização, sofrimento, saúde e adoecimento**: algumas reflexões sobre o estudante e sua trajetória universitária. Fortaleza: 1-7. 2013. Disponível em: <<http://www.uece.br/setesaberes/anais/pdfs/trabalhos/988-07082010-135554.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2017.

Saúde Mental em Dados 7. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

VIDEBECK, S.L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**, 5a ed. ARTMED, 5 ed., 2012.

SARAU POÉTICO DO CAPS ADIII: SINTO, FALO, ESCREVO E ME REINVENTO

Suzi Keila Fiuza Andrade

Prefeitura Municipal de Vitoria da Conquista - BA-
Secretaria Municipal de Saúde

Murilo Cordeiro Gonçalves

Prefeitura Municipal de Vitoria da Conquista - BA-
Secretaria Municipal de Saúde

Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira

Prefeitura Municipal de Vitoria da Conquista - BA-
Secretaria Municipal de Saúde

Thayse Andrade Fernandes

Prefeitura Municipal de Vitoria da Conquista - BA-
Secretaria Municipal de Saúde

RESUMO: O uso de álcool e outras drogas configura-se como um problema de saúde pública e precisa ser encarado como tal. Atualmente a oferta de cuidado para estas pessoas pode ser encontrada em CAPS AD III que visa o tratamento de forma integral, em modelo territorial com perspectiva de cuidado psicossocial. Dentre as atividades oferecidas estão as oficinas terapêuticas que visam promover a integralidade do sujeito. Com base nesta prerrogativa o CAPS AD III de Vitória da Conquista, oferece aos seus usuários o SARAU POÉTICO, que tem por objetivo a valorização do potencial criativo do usuário. Esta oficina utiliza-se do recurso de poesia denominado acróstico, uma composição escrita feita a partir das letras iniciais de palavras, que possibilita a

cada um dos participantes sentir, pensar, falar e se reinventar subjetivamente, possibilitando ao usuário a possibilidade de escrever novas narrativas para a sua vida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, narrativas, produção de subjetividades.

POETIC SARAU OF CAPS ADIII: I FEEL, I SPEAK, I WRITE AND REINVENT MYSELF

ABSTRACT: The use of alcohol and other drugs is a public health problem and needs to be addressed as such. Currently the offer of care for these people can be found in CAPS AD III that aims at the treatment of integral form, in a territorial model with perspective of psychosocial care. Among the activities offered are the therapeutic workshops that aim to promote the integrality of the person. Based on this prerogative the CAPS AD III of Vitória da Conquista offers its users the poetic sarau, whose objective is to value the creative potential of the user. This workshop uses the acrostic poetry resource, a written composition made from the initial letters of words, which enables each of the participants to feel, think, speak and reinvent themselves subjectively, enabling the user to write new narratives for your life.

KEYWORDS: Mental Health, narratives, production of subjectivities.

1 | INTRODUÇÃO

O uso do álcool e de outras drogas sempre esteve presente na história da humanidade sendo atualmente considerado como um problema de saúde pública com implicações sociais, biológicas e psíquicas. Segundo o relatório mundial sobre drogas emitido pela UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (2017), no ano de 2015, cerca de 250 milhões de pessoas usavam drogas. Dessas, cerca de 29,5 milhões de pessoas ou 0,6% da população adulta global apresentaram transtornos relacionados ao consumo de drogas, incluindo a dependência. Tais índices denotam a importância e necessidade de cada vez mais se investir em políticas públicas que visem o cuidado e a prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas.

No que tange a Política de Saúde Mental no Brasil, data-se o ano de 1980 como marco das primeiras ações realizadas pelos MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental), que visavam uma mudança no contexto de tratamento para pessoas com sofrimento psíquico e o questionamento do modelo de tratamento anteriormente proposto caracterizado pelo modelo “asilar” com base nos hospitais psiquiátricos, também conhecidos como manicômios. Esses movimentos continuaram acontecendo de forma ativa e em 2001, depois de 12 anos, a Lei 10.216, conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, de autoria do deputado Paulo Delgado, foi aprovada e a assistência em saúde mental é então redirecionada para o modelo territorial, regulamentando o direito das pessoas em sofrimento mental.

A partir de então foram criados os CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, como um dispositivo de atenção a saúde mental, substitutivo ao hospital psiquiátrico. O Movimento da Luta Antimanicomial não é o único movimento social existente na luta do ideário da Reforma Psiquiátrica, mas “é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo” (AMARANTE, 2008, p.742).

Desde então o olhar para pessoa em sofrimento passa a ser integral e baseado na compreensão do ser humano a partir de sua subjetividade numa visão terapêutica que contemple as várias dimensões do sujeito, não o reduzindo apenas ao fator biológico de doença mental. De acordo com Brito (2012) as mudanças trazidas pela lei, deveriam visar a reconstrução de práticas e saberes tradicionais, na busca de alternativas que respondessem a realidade e aos problemas de um novo modelo de atenção à saúde mental baseado na lógica da igualdade e dos direitos humanos.

Nesta nova proposta de Saúde Mental os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) se configuram como dispositivos de cuidado, sendo referência para tratamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Estes dispositivos são regulamentados pela PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012, que define as formas de funcionamento com base em tratamento comunitário e na lógica do território, com vistas a promover e ampliar as possibilidades de vida dos usuários.

Estes equipamentos, por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)

oferecem aos usuários diversas formas de atendimento e atividades com suporte de uma equipe multidisciplinar. Especialmente os serviços CAPSAD, possuem orientações referenciais de estruturação dos PTS sob três dimensões, corporal, psicossocial e instrumental e etapas que vão direcionar para ações de reparação, potenciação e emancipação. O presente artigo, portanto, apresentará o relato de experiência de um Sarau Poético, realizado por usuários do CAPS AD III, situado no município de Vitória da Conquista/BA. O objetivo é narrar como, para que e o porquê esta oficina surgiu, bem como demonstrar o seu valor simbólico.

2 | LOCAL E POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO GRUPO.

O Sarau poético é realizado no CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas). Este serviço compõe a rede municipal de saúde mental do município de Vitória da Conquista - Bahia. O Sarau é realizado semanalmente com duração de 1 hora, possui o formato de oficina terapêutica sendo direcionado para adultos e adolescentes de ambos os sexos, usuários de álcool e/ou outras drogas e que são acompanhados no serviço.

3 | ETAPAS DESENVOLVIMENTO DO GRUPO

O sarau foi “gestado” durante um percurso de intervenções terapêuticas em psicoterapia individual com o usuário M.C, admitido no CAPS AD III devido ao uso de substâncias psicoativas e também sofrimento mental ocasionado pelo transtorno bipolar. A proposta de realização da oficina veio como recurso de valorização do potencial criativo do usuário, no intuito de dar voz e possibilidade de reescrever sua história, tendo como perspectiva teórica o recovery, que de acordo Duarte (2008) se configura como um estado de restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento cotidiano do sujeito.

A intervenção também é fundamentada na prática da psicologia narrativa, a teoria afirma que os processos psicológicos são organizados de modo narrativo e que a construção de sentido sobre o mundo e sobre nós se processa a partir da construção e da desconstrução de histórias (Gonçalves & Henriques, 2002).

O primeiro sarau foi realizado em praça pública, em 18/05/2016, em comemoração à Luta Antimanicomial, data que também é um marco simbólico para o usuário que estabeleceu, neste dia, sua linha de tratamento pela abstinência. A oficina em praça pública chamou a atenção da população sobre a importância da arte no processo de cuidado em pessoas com sofrimento mental. Foi um momento muito potente e que agregou outras manifestações artísticas. Após esta data, em atendimento individual com M.C, foi planejado e criado o projeto para os próximos saraus que teriam a participação dele como o direcionador da atividade. O Sarau é aberto para quaisquer manifestações artísticas tais como músicas e poesias, também tem-se a produção

do acróstico, uma composição escrita feita a partir das letras iniciais de palavras, que possibilita a cada um dos participantes sentir, pensar, falar e se reinventar subjetivamente, configurando-se como a principal marca da oficina.

As palavras a serem trabalhadas são estabelecidas pelo coletivo, que são estimulados a falar de suas histórias e necessidades. Além destas manifestações, também é realizado o abraço coletivo e grito de guerra “Amor, Amor, Amor”. O resultado é um encontro de potências e reconstruções de narrativas. A fala de “pares” promove pertença, favorece o recovery, a autodeterminação para vencer a falta de oportunidades, as consequências do desemprego e dos sonhos que foram destruídos com o adoecimento psíquico.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos observar a partir do contexto social, político e cultural no qual estamos inseridos, que os usuários de álcool e outras drogas quando possuem em seus projetos terapêuticos singulares formatos de atividades que promovem a interação social, autonomia e objetivam viabilizar um espaço no qual este usuário passa a ser percebido para além do uso das substâncias psicoativas, concretizamos o objetivo maior da reforma psiquiátrica e reafirmamos o modelo psicossocial e sua potência no cuidado.

Dentro deste contexto as atividades em grupo, configuram-se numa rica possibilidade de intervenção terapêutica, de acordo com estudos de Moura e Santos (2011), os usuários de CAPS AD percebem as oficinas terapêuticas como espaços de convivência que podem promover o sentimento positivo de pertencimento a um grupo, uma vez que favorecem troca, de aprendizado e de construção de novas formas de ser.

O Sarau Poético proporcionou construção de uma nova narrativa de vida também e principalmente ao usuário M.C que encontrou na poesia a metáfora para transformação de sua realidade, e desde então, por meio da potência de seus pares, também colabora para que outras pessoas tenham a possibilidade de escrever novas histórias de vida, a partir das experiências de interação social e utilização de novos mecanismos de comunicação.

Os acrósticos produzidos durante o Sarau Poético, oferta aos usuários a possibilidade de falar de suas vivências de uma maneira leve, transformando dores em poesia, atribuindo novos significados às experiências vividas a partir de uma pluralidade de ideias e vozes. É aberto o espaço de potenciação na medida em que promove-se a transformação das experiências negativas da realidade do uso de substâncias psicoativas em identificação de suas qualidades, potências, habilidades, agora, acolhidas e ressignificadas, no sentido da real inserção social.

Desde o início da oficina foram mais de cinquenta reuniões com pessoas interessadas modificar a sua relação com o uso e abuso do álcool e outras drogas,

reunidas para produção de dezenas de poemas acrósticos, produção coletiva verso a verso que hoje alcança 49 poemas catalogados registrados em um livro, intitulado *Sarau Poético: Pensou, Falou, Curou*, lançado na Luta Antimanicomial de 2019. Vale observar que a elaboração de poemas acrósticos em produção coletiva em CAPS AD é inédita, assim como também a gama de sensações na construção de cada poema.

Portanto, a possibilidade de reescrever suas histórias, tem proporcionado aos usuários melhora do equilíbrio emocional e redução dos danos no uso de álcool e outras drogas. Afeto: A/amor a vida, F/Força para vencer, E/Esperança de dias melhores, T/ ternura, O/o melhor de mim.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.735-759.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. : il.

BRASIL. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**, Brasília,DF, mar 2017. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 12 maio de 2018.

BRITO, Emanuele Seicenti de.; VENTURA, Carla Aparecida Arena.. **Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 47-63, 2012

Duarte T. **Recovery da Doença Mental: Uma Visão para os Sistemas e Serviços de Saúde Mental**. *Análise Psicológica* 2007; 1(35):127-133

Gonçalves, M. M., & Henriques, M. R. (2002). *Terapia narrativa da ansiedade: Manual terapêutico para crianças e adolescentes* (2. ed.). Coimbra: Quarteto.

Moura, F. G. & Santos, J. E. (2011). **O cuidado aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo**. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 7(3), 126-132.

UNODC **Relatório Mundial sobre Droga 2017** <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>> Acesso em 12 de maio de 2018

A LOUCURA ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E A ÉTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ana Carolina de Lima Jorge Feitosa

Graduação em psicologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ. Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, FIOCRUZ, Rio de Janeiro - RJ. Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ.

RESUMO: O presente estudo incide de uma prática profissional entre a Saúde Mental e, a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) do Estado do Rio de Janeiro. Tal interesse adveio pela problemática da SEAP se encontrar repleta de usuários da Saúde Mental que, por algo inesperado, adentraram os presídios e as cadeias públicas e lá foram esquecidos. Dessa forma, mediante do que fora colocado, o referido manuscrito sucede a partir do questionamento da psicologia referente ao lugar da loucura no Sistema Prisional, abalizado pela ética da Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Prisional; Loucura; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

THE MADNESS WITHIN THE PRISONAL SYSTEM AND THE PSYCHIATRIC REFORM ETHICS

ABSTRACT: The present study focuses on a professional practice between Mental Health and the State Department of Penitentiary Administration (SEAP) of the State of Rio de Janeiro. Such interest came from the problem of SEAP being full of Mental Health users that, for something unexpected, entered the prisons and the public jails and there were forgotten. Thus, through what was placed, this manuscript succeeds from the psychology questioning referring to madness place in the Prisonal System, under pinned by the Psychiatric Reform ethics.

KEYWORDS: Prisonal System; Madness; Mental Health; Psychiatric Reform.

O presente trabalho adveio a partir de uma experiência profissional híbrida, entre ao que concerne o trabalho na Saúde Mental e a prática do serviço da psicologia dentro da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, (SEAP), referente ao Estado do Rio de Janeiro.

Com o *slogan* “Ressocializar para um Futuro Conquistar”, o Sistema Prisional carioca se contradiz tanto em suas ideias como em suas práticas, pois organizada de acordo às

características das designadas “Instituições Totais”, a prisão, como postula Goffman, rescinde com tudo que se relaciona a uma possível “ressocialização”, uma vez que,

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e, toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais e explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. (GOFFMAN, 2015: 17-18)

Realidade tal que desconsidera qualquer manifesto alusivo à subjetividade de qualquer interno, tornando incerto o referido futuro nubente colocado pela SEAP. Sendo, portanto, uma instituição direcionada àqueles considerados imputáveis, ou seja, “(...) capazes de entender o caráter ilícito do fato (...)”, (GRECO, 2006. 423); a questão que rege o referido estudo, então, é o fato do sistema prisional se encontrar apinhado de Usuários da Saúde Mental, que para o Direito Penal Brasileiro, podem ser considerados inimputáveis, ou seja,

(...)quando, ao tempo de ação ou omissão criminosa, era incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com tal entendimento (CP. art. 26). A especificidade desse discurso impõe-se concretamente aos espaços de tratamento, uma vez que, à determinação da inimputabilidade, segue-se o estabelecimento de medida de segurança que obriga sua internação em estabelecimento psiquiátrico ou tratamento ambulatorial, tendo em vista a proteção social e individual. (SENRA, 2004: 23).

Sem dúvida tal discussão instiga um debate entre o presidiário imputável e àquele que, por algo inesperado, forasobrestar dentro dos presídios e das cadeias publicas, longe de suas famílias, amigos e lugares de tratamento.

Efetivamente, lidar com essa questão não é nada simples, uma vez que se trata de propor uma discussão entre dois campos: o da Saúde Mental e, o do Sistema Prisional. De um lado o louco, perigoso pela sua loucura e, do outro o transgressor, julgado pelo importe de sua criminalidade. Assim, se o próprio Direito Penal Brasileiro respalda uma diferença importante entre ambos, não seria ao menos ético interrogar sobre o fadados psicóticos designados à sobrevida carcerária? Foram, aproximadamente, seis anos de reflexão sobre o trabalho e a função da psicologia, dentro da SEAP, mediante a loucura aprisionada.

Para (DAMAS; OLIVEIRA, 2016: 24),

(...) Cheia de estímulos, aventuras, surpresas, desfechos inesperados, risos e lágrimas. As prisões constituem verdadeiras exceções à vida. Como um conto mal escrito, monótono, repetitivo, sem ilusões, sem perspectivas, e com desfechos

Durante a rotina, concomitante aos “alaridos” da loucura sobrevivendo das “cortinas de ferro”, pedidos por uma escuta sobre suas histórias, mesmo que consideradas loucas ou “mentirosas” eram inúmeras e freqüentes. Além do desespero por algo “que fizessem parar as vozes”, vozes estas auto-referentes e infamadas. “Falam que sou mal... traidor e assassino... posso ser tudo isso, Dra? Se só estava me protegendo deles? querem me matar, o chip que colocaram em mim, solta um veneno... Eu vou morrer...”

Portanto, foi a partir de um requerimento para atendimento psicológico, não pelo interno, mas por um dos Inspectores Penitenciários da Unidade, que ao ver um dos “presos” se auto-agredido e “falando coisas sem sentido”, que fui apresentada a Bruno, nome fictício aqui designado para respaldar a identidade do caso a ser apresentado.

Bruno que na época tinha 20 anos encontrava-se recluso naquela Unidade Prisional, por dois meses, por estar sendo enquadrado no Art. 213 que, segundo o Código Penal - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940, retrata “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”: (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009).

Conforme informações de seu relatório de vida pregressa e boletim individual, o referido interno “iniciou a sua vida na criminalização” aos 13 anos de idade, seguido de inúmeros processos que culminaram a sua entrada, por duas vezes, no Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE).

Em contato com o setor da psicologia de uma das instituições do Departamento mencionado, foi possível colher alguns dados da história infanto-juvenil de Bruno, pois, segundo tais subsídios, Bruno tinha uma grande dificuldade de interagir com os outros colegas e uma demanda diária de atendimento ao serviço, obtendo, certo vínculo e bom relacionamento somente com a equipe que o atendia dentro da Unidade.

Ainda na infância, fez tratamento no Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), no município onde residiu com familiares, pelo fato de ter recebido “o diagnóstico psiquiátrico de psicose”.

Tinha um comportamento andarilho, não conseguia ficar em sua residência por muito tempo, vivendo pelas ruas e sobrevivendo com o dinheiro que conseguia a partir dos furtos que praticava. À psicóloga alegava sentir medo de sair do lugar de onde cumpria a medida socioeducativa, pois dizia que tinha medo de morrer, uma vez “que não conseguia parar de roubar”.

Até aquele momento de sua história, Bruno, com apenas 20 anos, possuí trinta e três procedimentos na polícia judiciária, uma realidade preocupante para um menino que mal havia saído da adolescência.

Assim, desdeo meu primeiro encontro com Bruno, sucedido pelo pedido da inspetoria da Unidade Prisional, o mesmo fora acompanhado pelo serviço da psicologia

semanalmente, pois, além de se apresentar demasiadamente desorganizado, o mesmo obtinha falas delirantes e de cunho persecutório.

Para narrar sobre si e dizer sobre o que ouvia e sentia, se intitulava como “o maníaco do consultório”, “que escuta uma voz que o mandava fazer coisas feias e outra que falava para não fazer”. Tinha a certeza que essa história, sendo somente sua, passava na televisão todos os dias a mando do Ciro Darlan”, e que, “o mesmo desejava fazer mal e caso fosse transferido para outro lugar, tinha a certeza que algo de muito ruim iria lhe acontecer”.

Sobre as infrações que cometera, ainda menino, Bruno não conseguia contar, de forma sucinta, o que o levava a praticar tais delitos, apresentando, em seu discurso, uma fala desarticulada, com fuga de ideias, não conseguindo manter uma linha tênue de raciocínio, contudo, pedia para obter informações em algumas instituições psiquiátricas, pelas quais passou, pois, “lá, eles tomam nota de tudo”.

Deste modo, apresenta-se Bruno, um menino errante de 20 anos, com mais de trinta processos judiciais e com uma enorme dificuldade de sustentar as convocações impostas pelo laço social. Louco ou delinquente? Imputável ou inimputável?

Assim como Bruno, quantos outros usuários que presos foram por aquilo que a justiça denomina de delito ou crime? Justificando, assim, a cadeia o seu lugar? Dentro das paredes geladas ou das grades cáusticas? Sendo, portanto, uma psicóloga que trabalha a partir da ética e da clínica da Reforma Psiquiátrica, é possível questionar esse posicionamento, pois na psicose, “

O sujeito em crise deve ser acolhido. Quando submerso pela invasão psicótica o sofrimento é intenso, é avassalador. O paciente fica totalmente a mercê de sua própria loucura, mas de forma despedaçada e fragmentada, necessitando de ajuda e cuidado. (FEITOSA; PACELLI, 2016: 42).

O sujeito, verdadeiramente, encontra-se estilhaçado e comandado por vozes das quais não consegue controlar. Estando assim, pode acabar cometendo algo ilícito, sucedendo em sua prisão e não em seu encaminhamento para uma instituição de cuidado.

Assim, torna-se imprescindível retomar a questão. Se, a prisão, ao se colocar como uma instituição pautada na disciplina e possui como seu principal desígnio “Vigiar e Punir”, “(...) fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. (...). (FOUCAULT, 2008: 119), e mais “separando-o do corpo social, o prisioneiro seria controlado para adquirir novas formas de se conduzir socialmente, por meio de intervenções disciplinares e acompanhamento diário. (...)” (CONSTANTINO; MINAYO, 2015: 32). Logo, o Sistema Prisional se caracteriza sendo um lugar à Loucura, se temos uma política calcada pela ética da Reforma Psiquiátrica? Uma ética que acredita em serviços que apostam em formas outras de cuidado com a loucura que não seja a lógica manicomial, tampouco o enclausuramento.

A psicose, então, deve ser escutada em seu delírio e cuidada nos Serviços que

constituem a Rede de Atenção Psicossocial ou docilizada dentro da lógica asilar e prisional? É legítimo um usuário que pratica um ato censurável ser considerado ameaçador, sendo este ter sido a partir de uma voz imperativa ou uma idéia delirante? O lugar do Bruno não seria em uma instituição de cuidado? De fato! Este é um dos desafios encontrados pelos trabalhadores e usuários da Saúde Mental. Ainda que,

No Brasil, os movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial em curso deixam evidentes suas posições de oposição à tutela psicológica, não desconhecendo, entretanto, a importância que a situação jurídica do louco pode representar, considerada sua propriedade em circunstâncias específicas da crise aguda. Afinal, nesse momento, fazem-se necessários sua interdição e tratamento especial em caso de infração à lei, mas desde que se considere a crise relativa a uma situação, e não propriamente como determinante de uma condição deficitária definitiva. (SENRA, 2004: 22).

A Loucura, de fato, precisa da clínica e não de muros. Mesmo com toda legislação vigente amparada pela Reforma Psiquiátrica, o destino do louco infrator ainda se encontra obscuro, visto que se mostra uma relevância de uma quebra de paradigma, da desconstrução das ideias que ponderam o Sistema Prisional como possibilidade à loucura. Concepção destrutiva que a Reforma Psiquiátrica, com sua ética e força, possui como objetivo desnaturalizar “para um futuro conquistar”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei nº2848 de 07 de dezembro de 1940. In: Vade-mécum penal e processual penal. 3ª ed. Niterói, RJ: Impetus, 2012. p.162-223.

CONSTANTINO, P; MINAYO, M.C.S. **Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

DAMAS, F.B; OLIVEIRA, W.F. **Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisões**. 1, Ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

FEITOSA; A.C; PACELLI, A. **O acompanhamento terapêutico e a psicanálise: A Escuta a partir da Clínica da Convivência**. 1 ed. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2016.

FOUCAULT, M. **Os Corpos Dóceis**. In: FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento das prisões**. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. (Original francês de 1975)

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015. (Original inglês de 1961).

GRECO, R. **Curso de Direito Penal**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2006.

SENRA, A.H. **Inimputabilidade: Consequências Clínicas sobre o Sujeito Psicótico**. São Paulo: Annablume: Belo Horizonte: FUMEC, 2004.

CUIDANDO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR E TERRITORIAL: RELATANDO EXPERIÊNCIA

Stela Almeida Aragão

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

Thainan Alves Silva

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

Rosineia Novais Oliveira

Enfermeira. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié- Bahia.

Patrícia Anjos Lima De Carvalho

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde pelo Programa pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié- Bahia.

Bárbara Santos Ribeiro

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

RESUMO: **Introdução:** No tratamento do Transtorno de Humor, estudos versam que tem aumentado a utilização de abordagens alternativas e intervenções psicossociais destinadas ao tratamento da depressão, corroborando para o aumento do tempo de

remissão da doença e aumento da adesão ao tratamento farmacológico, ajudando o indivíduo a lidar com fatores estressores.

Objetivo: relatar a vivência de acadêmicas de Enfermagem, durante a assistência domiciliar a paciente diagnosticada com depressão profunda. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do curso de Enfermagem de uma Universidade Estadual Baiana, no ano de 2015, a partir das práticas de cuidado no contexto familiar e territorial, da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, a uma mulher identificada como M. J. B., com diagnóstico de depressão profunda.

Resultados e discussão: A princípio, tivemos dificuldades em estabelecer relacionamento interpessoal com a paciente, visto que, a mesma demonstrava-se sem interesse para tal. Notamos de expressivamente, a deficiente relação de M. J. B. com seus familiares, prevalecendo o distanciamento e a falta de confiança, sabendo que, na depressão o doente não reconhece o cuidado familiar como fonte de ajuda, sendo tal situação também, alvo das atividades desenvolvidas, que buscaram fortalecer a relação entre a paciente e sua família. **Considerações finais:** Verifica-se que, enquanto estudantes, ter a oportunidade de atuar de forma direta no cuidado a pacientes em sofrimento mental durante as práticas de campo, nos qualifica e nos instiga na busca de

conhecimento sobre as especificidades dessas patologias, ampliando nossa visão de cuidado ao paciente e à família.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Depressão, Enfermagem.

CARING FOR A PATIENT WITH DEPRESSION IN THE FAMILY AND TERRITORIAL CONTEXT: REPORTING EXPERIENCE

ABSTRACT: Introduction: In the treatment of Mood Disorder, studies have focused on increasing the use of alternative approaches and psychosocial interventions for the treatment of depression, corroborating the increase in the remission time of the disease and increasing adherence to the pharmacological treatment, helping the individual to dealing with stressors. **Objective:** to report the experience of nursing students during home care the patient diagnosed with deep depression. **Methodology:** this is an experience report of nursing students from a State University of Bahia, in the year 2015, from the care practices in the family and territorial context, from Nursing in Mental Health Care, to a woman identified as MJB, with diagnosis of profound depression. **Results and discussion:** At first, we had difficulties in establishing an interpersonal relationship with the patient, since it was not shown to be of interest. MJB's deficient relationship with his family members, with distancing and lack of confidence prevailing, knowing that in depression the patient does not recognize family care as a source of help, and this is also a target for the activities carried out, which sought to strengthen the relationship between the patient and her family. **Final considerations:** It is verified that, as students, having the opportunity to act directly in the care of mentally ill patients during the field practices, it qualifies us and instigates us in the search of knowledge about the specificities of these pathologies, broadening our vision care of the patient and the family.

KEYWORDS: Health, Depression, Nursing.

INTRODUÇÃO

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) classifica a depressão como um Transtorno de Humor (Grupo F30-F39). Dessa forma, ela se configura como um conjunto de sinais e sintomas que englobam tristeza, excitação e euforia, permanecendo por semanas ou até mesmo meses, podendo de desenvolver de maneira cíclica ou periódica (JARDIM, 2011).

No tocante a terapêutica dos Transtornos de Humor, pesquisas versam que os cuidados aos indivíduos com esse diagnóstico a partir de abordagens psicoterápicas configuram-se em mecanismos importantes e eficazes para a remissão e a prevenção de recaídas. Desse modo, é notável o aumento usual de novas abordagens alternativas e práticas nas intervenções psicossociais determinadas ao tratamento da depressão, corroborando para a ampliação do tempo de remissão da patologia, e, por conseguinte, a aceitação ao tratamento farmacológico, contribuindo para que o indivíduo enfrente os fatores estressores, e na progressão da comunicação e resolutividade de dificuldades

enfrentadas (TURSI-BRAGA, 2014).

Nesse âmbito, congruente ao exposto, o estudo objetivou relatar a vivência experimentada por um grupo de graduandas em Enfermagem, no decorrer da assistência domiciliar a uma paciente com diagnóstico de depressão profunda.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo, analítico e observacional vivenciado por acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, viabilizado a partir das práticas de cuidado no contexto familiar e territorial, pré-requisitos avaliativos da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, prestados a uma mulher, M. J. B., diagnosticada com depressão profunda. As práticas ocorreram nos meses de agosto, setembro e outubro do ano de 2015, com uma visita domiciliar por semana a M.J.B e 2 acompanhamentos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Além disso, efetuou-se alguns encontros para discussões afim de traçar o perfil de M.J.B e executar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE é uma estratégia eficaz que se caracteriza como sendo ações regulamentadas pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que tem como objetivo primordial a melhoria da assistência prestada, tornando-a qualificada e integral. Nesse sentido, ela corresponde às seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979). Ao implementar a SAE é possível alcançar ações que se pautem na ética e na humanização, e que sejam resolutivas para as necessidades individuais existentes.

Para qualificar e validar ainda mais as atividades desenvolvidas foram/utilizadas a identificação dos diagnósticos de enfermagem com base na NANDA, tais como: Sentimento de pesar disfuncional relacionado à perda real ou percebida de objeto (por exemplo: pessoas); Interação social prejudicada relacionada à ausência de pessoas significativas ou do mesmo grupo etário disponíveis; Processos familiares interrompidos relacionados à troca dos papéis na família, à alteração do estado de saúde de um membro da família e à modificação nas finanças da família; Angústia espiritual relacionada à separação de laços familiares e sofrimento intenso. Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais, relacionada à incapacidade para ingerir ou digerir comida causada por fatores psicológicos; Isolamento Social relacionado às alterações no estado mental e fatores que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais satisfatórios; Enfrentamento ineficaz relacionado à crises situacionais; Padrão de sono perturbado relacionado à depressão, solidão, tristeza, perda do parceiro de sono, mudança de vida e mudanças no sono relacionadas ao envelhecimento (NANDA, 2010).

Com base nesses diagnósticos elaboramos o planejamento e as intervenções a

serem executadas, muitos estudos foram feitos para traçar as melhores estratégias e então socializamos as atividades a serem desenvolvidas. Nos encontros, métodos terapêuticos alternativos e intuitivos, como musicoterapia e ações voltas à autoestima e imagem pessoal foram usados. Somado a isso, também houve a socialização e ambientação de M.J.B no lugar em que está inserida e para finalizar foi preparado com muito afeto a comemoração do seu aniversário, onde buscamos promover o diálogo e envolvimento dos atores intrafamiliares. Esse evento provocou um sério impacto socializador e de fortalecimento dos vínculos familiares desestabilizados e de seus bloqueios nas relações interpessoais, principalmente com relação a sua única filha adolescente, a fim de sanar e/ou amenizar os problemas identificados em M. J. B.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao estabelecermos o primeiro contato, percebemos alguns entraves na abertura para um relacionamento interpessoal com a paciente, na medida em que a mesma se mostrava sem total interesse para a sustentação de um diálogo, o que é compreensível, visto que, geralmente este é o comportamento esperado de um paciente com depressão profunda, pois, possui tendência a apresentar-se solitário e resistente na partilha dos seus sentimentos e emoções, ao recusar ajuda⁵.

Contudo, no decorrer dos momentos vivenciados, tentamos estabelecer relação de confiança, por meio da qual M.J.B. passou a descrever sua trajetória de vida e percepções. Nos encontros, foram empregadas ações que objetivaram, dentre outras coisas, reascender o interesse por si e pelos outros, ao estimular o autocuidado e o fortalecimento dos laços sociais. Tratamos M.J.B. de maneira, delicada, complacente, e gentil, visando auxiliá-la a lidar com suas emoções e no esclarecimento das percepções equivocadas que a mesma projetou de si e das pessoas de seu convívio.

Percebemos com expressividade, a relação deficitária de M.J.B. com seus familiares, desvelando o constante distanciamento e a inexistência de confiança, na relação binomial entre a paciente-família cuidadora, tal achado corrobora, com os comportamentos que o doente depressivo rotineiramente tendem a somatizar, pois, mesmo quando recebem o cuidado familiar, não conseguem reconhecê-lo como benéfico, para a melhoria do quadro clínico apresentado (MARQUES; LOPES, 2015).

Contudo, após a identificação dessas situações, foram feitas reuniões entre as graduandas para desenvolver intervenções com enfoque no protagonismo familiar, ao fortalecer os vínculos, e restauração dos elos perdidos entre a paciente e seus familiares, auxiliando-os a entenderem o processo de adoecimento mental e os sinais e sintomas que são ocasionados da patologia e não necessariamente de uma vontade da paciente.

Outro ponto de gatilho para o aumento do sofrimento mental de M.J.B foi o déficit no autocuidado e autoestima, identificamos que a paciente já não possuía hábitos necessários para uma vida ativa, vivia reclusa dentro da casa e seu quarto era

tomado por cortinas escuras que dificultavam a incidência solar. Todo esse contexto é importante, pois, dimensiona a quase inexistente qualidade de vida da paciente.

Para a melhora desse quadro, fizemos intervenções nos pontos referidos, como o dia de cuidar da autoestima, retomando hábitos que a mesma já teve há alguns anos atrás, penteando os cabelos de forma diferente, maquiagem alegre, e sempre mantendo um relacionamento próximo com a mesma, que até passou a esboçar alguns sorrisos durante os dias de intervenção, outra ação importante ocorreu no ambiente doméstico de M.J.B, organizando, trazendo cores e deixando o ambiente com uma maior incidência de luz, fato este que contribuiu para a diminuição do número de horas acentuado que a paciente passava dormindo (cerca de 12h/ dia), ou sem contato com as outras pessoas da casa.

Enfim, evidencia-se a singular importância da compreensão dos profissionais de saúde da necessidade de orientação e suporte restritos apenas ao paciente como também aos familiares, além da incessante busca por novas estratégias e conhecimentos para oferecer aos pacientes com depressão as melhores opções terapêuticas de cuidado no atendimento, com ações centralizadas no ser e não apenas na doença, ao apreender suas peculiares formas de lidar com a patologia, sentimentos, e a relação única que mantém com o mundo.

Os estabelecimentos dessas novas práticas reforçam a necessidade e o compromisso necessários no cuidado individual e familiar, visto que, a família exerce um papel imprescindível no cuidado e principalmente no enfrentamento do problema. Nesse cenário, também é relevante destacar a importância do profissional de enfermagem no tocante às ações que envolvem a implementação da terapêutica do paciente em sofrimento mental, como o planejamento e a execução das intervenções psicoeducacionais.

CONCLUSÃO

Em suma, as vivências proporcionadas na relação paciente-acadêmico-profissional, trouxeram uma visão ampliada dos transtornos mentais, em especial a depressão profunda, ao discutirmos estratégias para o caso clínico de uma mulher diagnosticada com esta patologia, cujos sintomas expuseram graves distúrbios no vínculo familiar. Suas vivências humanas estiveram atreladas a episódios traumáticos que deixaram lacunas significativas no amadurecimento de seu psiquismo e saúde mental, os quais se tornaram mais contundentes após o fim do relacionamento conjugal com pai da sua filha.

Salienta-se, então, que, enquanto acadêmicas do curso enfermagem, tivemos importantes oportunidades para por em prática conhecimentos que eram apenas teóricos. Tais momentos oportunizaram atuar de forma direta nas práticas do cuidado durante as atividades de campo com pacientes em sofrimento mental, o que concerne com as boas práticas em saúde, qualifica e fomenta a busca de novos saberes,

avanços e especificidades da saúde mental, especialmente a depressão, estendendo nossas ações de cuidado ao paciente, também às famílias e nos capacitando para o melhor cuidar e assim, fazer saúde.

REFERÊNCIAS

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Memorial. São Paulo: EPU, 1973; São Paulo: EPU; 1979.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p.: 84-92, 2011.

MARQUES, M. F.; LOPES, M. J. O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental**, ed. esp. 2, p.: 51-56, 2015.

NANDA, Internacional **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda, definições e classificação 2009-2011**- Porto Alegre: Artmed 2010.

TURSI-BRAGA, M. F. S. **Eficácia da psicoeducação para pacientes com depressão unipolar** / Mariana Flávia de Souza Tursi Braga; orientador: Mario Francisco P. Juruena - Ribeirão Preto / SP, 2014.

MOVIMENTOS INSTITUINTES DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A PRESENÇA PRÓXIMA DOCENTE

Maria Goretti Andrade Rodrigues

Universidade Federal Fluminense, Instituto do
Noroeste Fluminense de Educação Superior,
Programa de Pós-Graduação em Ensino
Santo Antônio de Pádua - RJ

Erilza Faria Ribeiro

Universidade Federal Fluminense, Instituto do
Noroeste Fluminense de Educação Superior,
Departamento de Ciências Humanas
Santo Antônio de Pádua - RJ

RESUMO: Categorizar os outros em espectros e diagnósticos pode provocar uma diminuição das possibilidades humanas. Percebemos que muitas situações cotidianas do processo de aprendizagem têm sido consideradas patológicas, os rótulos interferem na forma como os relacionamentos se estabelecem no ambiente educacional. Discutimos sobre os padrões que reduzem a existência de estudantes e produzem nos professores expressões de sofrimento diante de comportamentos singulares. Enfatizamos a necessidade de construção de linhas de fuga aos processos de subjetivação que trazem a normalidade como referencial imperativo. O objetivo é problematizar a medicalização instituída nas escolas e produzir movimentos instituintes de outras formas de ensino e aprendizagem. Nesta cartografia, utilizamos a metodologia pesquisa-

intervenção, onde acompanhamos processos e traçamos as linhas de tensionamento produzidas no campo de forças educacional e as linhas de expansão que escapam à subjetivação em massa. Aproximamo-nos do trabalho voltado para a singularidade e potência que há em cada pessoa independente de definições prévias, desenvolvido pelo pedagogo francês Fernand Deligny. Esse autor trabalhou junto a crianças e adolescentes que eram classificados como socialmente inadaptados. Assim, inspirados em suas ideias sobre a forma de estar com o outro, pensamos na sensibilidade do fazer docente. Compartilhar o cotidiano escolar e tecer em conjunto uma rede de composições, estando com os estudantes como presença próxima, aberta ao encontro, à compreensão e à criação de circunstâncias potencializadoras. Com movimentos moleculares na micropolítica da sala de aula, cartografamos ações docentes de presença próxima que promoveram uma experiência singular de aprendizagem para cada estudante. Pudemos traçar os entraves do fazer docente e as ações inventivas que permitiram alcançar os estudantes em seu jeito único de ser. Muitas práticas são cristalizadas e baseadas na busca pela identificação de patologias que justifiquem as dificuldades de aprendizado dos estudantes. Entretanto, destacamos ações docentes de presença próxima como caminho para o encontro com

a singularidade do outro a quem o docente se dirige para ensinar algo, aberto a construir com ele os processos de aprendizagem do que é ensinado. Questionando os discursos especialistas inseridos na educação, tomamos o exercício da docência como presença próxima como uma postura docente em relação ao estudante que amplia a possibilidade de ensino e aprendizagem ao perceber o outro sem interpretá-lo a partir de referenciais padronizados, mas compreendendo as singularidades. Mapeando a construção de outros possíveis na escola, encontramos práticas que surgiram como linhas de fuga à rotulação e às limitações diagnósticas.

PALAVRAS-CHAVE: Processos de Subjetivação, Medicalização, Presença Próxima.

EDUCATIONAL AND LEARNING INSTITUTING MOVEMENTS: THE NEAR PRESENCE TEACHER

ABSTRACT: Categorizing others in spectra and diagnoses can cause a decrease in human possibilities. We perceive that many daily situations of the learning process have been considered pathological, the labels interfere in the way relationships are established in the educational environment. We discuss the patterns that reduce the existence of students and produce in teachers expressions of suffering in the face of singular behaviors. We emphasize the need to construct escape lines to subjectivation processes that bring normality as an imperative reference. The objective is to problematize the instituted medicalization in schools and to produce instituting movements of other forms to teaching and learning. In this cartography, we use the research-intervention methodology, where we follow processes and trace the tensioning lines produced in the field of educational forces and the expansion lines that escape the mass subjectivation. We approach the work focused on the uniqueness and power that is in each person independent of previous definitions, developed by the French pedagogue Fernand Deligny. This author worked with children and adolescents who were classified as socially inadapted. Thus, inspired by his ideas about how to be with the other, we think about the sensitivity of teaching. To share the school routine and to weave together a network of compositions, being with the students as a near presence, open to meeting, understanding and creating potentializing circumstances. With molecular movements in the micropolitics of the classroom, we cartographed teachers' actions of near presence that promoted a singular learning experience for each student. We were able to trace the obstacles of teaching and the inventive actions that allowed students to reach their unique way of being. Many practices are crystallized and based on the search for the identification of pathologies that justify students' learning difficulties. However, we highlight teachers' actions of near presence as a way to meet with the singularity of the other to whom the teacher is directed to teach something, open to build with him the learning processes of what is taught. Questioning the specialist discourses inserted in education, we take the exercise of teaching as a near presence as a teaching posture in relation to the student who expands the possibility of teaching and learning by perceiving the other without interpreting it to standardized referential, but understanding the singularities. By mapping the construction of other

possible schools, we found practices that emerged as lines of leakage to labeling and diagnostic limitations.

KEYWORDS: Subjectivation Processes, Medicalization, Near Presence.

MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro
de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade
Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Carolina Ozorio Kozoroski

Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro
de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade
Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

RESUMO: A mudança de paradigma do modelo de atenção hospitalocêntrico para um modelo extra-hospitalar, territorial e de base comunitária, resultante da Reforma Psiquiátrica brasileira, possibilitou a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional, bem como novas tecnologias de cuidado, favorecendo a autonomia e a cidadania de pessoas em sofrimento psíquico. Este trabalho tem por objetivo analisar os dispositivos legais instituídos nos últimos anos, pertinentes à Política de Atenção à Saúde Mental. Para seu desenvolvimento foram analisados documentos oficiais como resoluções e portarias, os quais foram tratados com base na Análise Textual Discursiva. Os resultados evidenciaram que a partir de 2017, as portarias e resoluções implicaram entre outras medidas, na inclusão dos hospitais-dia, unidades de referência

especializadas em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos especializados; no incentivo ao tratamento ambulatorial, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental; na promoção da abstinência como eixo norteador da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e na abertura para internação de crianças e adolescentes. O acompanhamento detalhado e o desenvolvimento de pesquisas que avaliem a implantação dessas novas medidas são necessários para mensurar seus impactos, assim como seus avanços e retrocessos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Rede de Atenção Psicossocial. Saúde mental.

CHANGES IN THE NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY

ABSTRACT: The paradigm shift from the hospital-centered care model to an extra-hospital, territorial and community-based model, resulting from the Brazilian Psychiatric Reform, enabled the implantation of substitutive services to the traditional psychiatric hospital, as well as new care technologies, favoring autonomy and the citizenship of people in psychic suffering. This study aims to analyze the legal mechanisms established in recent years, pertinent to the Mental Health Care Policy. For its development were analyzed official documents as resolutions

and ordinances, which were treated based on the Discursive Textual Analysis. The results showed that as from 2017, ordinances and resolutions implied, among other measures, the inclusion of day hospitals, specialized referral units in general hospitals and specialized psychiatric hospitals; in encouraging the outpatient treatment, through the creation of Multiprofessional Teams of Specialized Attention in Mental Health; in the promotion of abstinence as the guiding axis of attention to users of alcohol and other drugs, and in the opening for hospitalization of children and adolescents. The detailed monitoring and the development of researches that evaluate the implementation of these new measures are necessary to measure their impacts, as well as their advances and setbacks.

KEYWORDS: Public policy. Psychosocial Care Network. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente podemos dizer que desde os primórdios da psiquiatria brasileira até o final da década de 1970, a assistência ao doente mental fundamentou-se no modelo hospitalocêntrico que priorizava a sintomatologia da doença e a internação do doente mental em hospitais psiquiátricos, levando-os a uma vida de segregação, exclusão e restrição de direitos (RESENDE, 1990).

Essa realidade foi gradualmente se modificando, sobretudo a partir 1978, quando a assistência à saúde mental começou a se transformar rumo à construção de um modelo de atenção extra-hospitalar. O movimento de trabalhadores de saúde mental (MTSM), o processo de desinstitucionalização, a Reabilitação Psicossocial, o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira ganharam força no contexto de lutas travadas pela sociedade civil para a redemocratização do país e a Reforma Sanitária (BRASIL, 2002, 2007).

A mudança de paradigma, resultante do deslocamento do modelo biomédico para o psicossocial, bem como as reflexões sobre os processos de trabalho e de cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, explicitam aspectos relevantes e oferecem uma noção da complexidade envolvida no processo de Reforma Psiquiátrica. No entanto, considerando o contexto cultural brasileiro, ao citar Birman, Amarante e Nunes (2018) chamam a atenção para o fato de que a pauta decisiva da Reforma Psiquiátrica foi o delineamento de um novo lugar social para a loucura e as formas de tratá-la. Sendo assim, o movimento não esteve restrito somente à reforma de serviços ou a implementação de outras tecnologias de cuidado, ainda que estas tenham sido e sejam até hoje importantes.

Neste contexto, a Política Nacional de Saúde Mental buscou consolidar no Sistema Único de Saúde (SUS), um campo de atenção psicossocial de base territorial e comunitário, cuja proposição foi resgatar a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, considerando de fato, o seu cotidiano e a sua vida. Deste modo, liberdade e autonomia constituem princípios norteadores das novas formas de tratar.

Após doze anos de tramitação do projeto de lei de nº 3.657/89 que previa a extinção dos manicômios, a Lei de nº 10.216/2001 foi aprovada. Tal dispositivo legal permitiu consolidar a Reforma Psiquiátrica, viabilizando a implantação de inúmeros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional no SUS e, portanto, em todo território nacional (BRASIL, 2001). Diversos serviços passaram a acolher as demandas de saúde mental da população, considerando os diferentes níveis de intervenção e complexidade requeridos.

De fato, muitos avanços ocorreram nas últimas quatro décadas. No entanto, apesar dos avanços, não poderíamos deixar de chamar a atenção para os inúmeros desafios ainda existentes. Nesta direção, Delgado (2013) refere que:

O grande desafio é aprofundar os avanços, assegurar a qualidade dos serviços, a formação dos profissionais, combater o ímpeto de privatização da saúde pública, ampliar as intervenções na cultura, lidar com sabedoria e decisão contra os avanços da intolerância, especialmente no campo da política de drogas (p.1).

Em 2011, a Portaria GM/ MS nº 3.088 de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ampliando as ações em saúde mental no SUS e, conseqüentemente, o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade incluindo as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, e suas famílias (BRASIL, 2011).

Integram RAPS serviços e programas como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, II, III, álcool e drogas (AD) e infantil (i) (criados pela Portaria de nº 221, em 1992 e ampliado em sua abrangência pela Portaria nº 336 de 2002, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Convivência (CECO), as oficinas de geração de renda, as Unidades de Acolhimento (UA), os Consultórios de Rua (CR), as enfermarias de psiquiatria em Hospitais Gerais, As Unidades de Urgência e Emergência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa De Volta Para Casa (PVC), entre outros (BRASIL, 2011).

Os avanços da Reforma Psiquiátrica evidenciaram significativa ampliação dos serviços substitutivos, o que em muito contribuiu para a consolidação da RAPS. Apenas para exemplificar, salientamos que em 2006 havia em todo território nacional 110 CAPS, incluindo todas as modalidades (tipo I, II, III, infantil e álcool e drogas), e em 2015 o número de equipamentos era de 2209. O mesmo ocorreu com os SRT, que em 2004 contava com 262 unidades, e em 2015 saltou para 610. Com relação ao PVC, que visa garantir o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas egressas de internação em hospitais psiquiátricos, observamos que em 2003, 206 pessoas eram beneficiárias e em 2015 esse número totalizava 4300 beneficiários cadastrados no referido programa (BRASIL, 2007, 2015).

O cenário de ampliação da RAPS, favorecido pela Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante e Nunes (2018), começa a se modificar com a aprovação da Resolução de

2017 que “*praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira*” (p. 2073).

Considerando os aspectos descritos, pertinentes ao modelo de atenção à saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, este trabalho tem por objetivo analisar algumas das resoluções, portarias e legislação pertinentes à Política de Atenção à Saúde Mental, instituídas nos últimos anos.

2 | PERCURSO METODOLOGICO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa em que se efetivou um mapeamento teórico sobre a Reforma Psiquiátrica, sendo que o foco da investigação direcionou-se à leitura e análise de documentos oficiais pertinentes à Política Nacional de Saúde Mental, considerando-se as principais portarias, resoluções, decretos e leis instituídas, a partir dos anos de 1990. Nesta direção, foram investigados documentos oficiais brasileiros de modo a identificar as principais alterações existentes nos documentos. A base metodológica para essa análise foi a Análise Textual Discursiva (ATD). De acordo com Moraes e Galliazzzi (2016) esta técnica de análise transita entre a Análise de Conteúdo e a do Discurso, diferindo de ambas, já que a descrição e a interpretação da análise do fenômeno constituem elementos que se desenvolvem concomitantemente e de forma integrada. Assim, neste estudo os dados foram interpretados comparando-se os diferentes documentos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material coletado evidenciou que embora muitos dos documentos reafirmem o objetivo de assegurar a construção de uma rede de assistência efetiva e humanizada às pessoas com transtornos mentais e, por conseguinte, mostrem-se consonantes aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, constatamos que algumas medidas promoveram mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e estas, divergem significativamente dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e se distanciam da “essência de respeito à lei 10.216/01” (BRASIL, 2019).

Neste sentido, destacamos as alterações ocorridas entre os anos de 2017 e 2018, contidas em síntese na Nota Técnica de nº 11, divulgada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, ligada ao Ministério da Saúde, que contempla os documentos contidos no quadro 1 (BRASIL, 2019).

Documentos	Data da Publicação	Objetivo
Resolução CIT nº 32/2017,	17 de dezembro de 2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Portaria GM/MS nº 3588	21 de dezembro de 2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
Portaria Interministerial nº 2	21 de dezembro de 2017	Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.
Portaria GM/MS nº 2663	11 de outubro de 2017	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria GM/MS nº 1315	11 de março de 2018	Habilita os Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Resolução CONAD nº 1,	09 de março de 2018	Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002.
Portaria SAS/MS nº 544	07 de maio de 2018	Define as diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.
Portaria GM/MS nº 2.434	15 de agosto de 2018	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.

Resolução CIT nº 35/2018	25 de janeiro de 2018	Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento.
Resolução CIT nº 36/2018	25 de janeiro de 2018	Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde.

Quadro 1. Síntese das portarias e resoluções da nota técnica de nº 11 de 2019-CGMAD/ DAPES/SAS/MS

Fonte: (Brasil, 2019)

Ao estabelecer as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Resolução CIT nº 32/2017 descrita no quadro 1, institui que os hospitais-dia, as unidades de referência especializadas em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos especializados passam a integrar à RAPS. Além disso, programa-se o incentivo, inclusive financeiro, ao tratamento ambulatorial, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), as quais deverão funcionar como pequenas equipes para municípios que não comportam CAPS tipo I, ao mesmo tempo em que, sua constituição será incentivada em grandes municípios (BRASIL, 2019).

A mesma resolução, em seu Art. 7º aprova a criação da modalidade CAPS Álcool e outras Drogas do Tipo IV e amplia a oferta de leitos hospitalares para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em hospitais gerais e especializados (BRASIL, 2019).

A referida portaria ainda reajusta o valor das diárias para internação em hospitais especializados, escalonando-os de acordo com o porte do hospital, apesar de proibir a ampliação da capacidade instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados. Essa dupla perspectiva dá margem a estratégias contrárias à política de desinstitucionalização, favorecendo a internação psiquiátrica.

Outro aspecto a ser enfatizado em relação à Resolução CIT nº 32/2017, refere-se ao fato de que a assistência ao paciente deve contemplar práticas clínicas consistentes, baseadas em evidências científicas, as quais, neste caso, incluem a Eletroconvulsoterapia (ECT). Assim, o Ministério da Saúde deve financiar o equipamento para este tipo de tratamento que pode beneficiar pacientes com transtornos mentais graves que não se beneficiam de outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019).

De acordo com a Nota Técnica de nº 11, observa-se que não mais se incentiva o fechamento do hospital especializado em Psiquiatria do SUS, e que os ainda existentes devem ser aprimorados para receber as demandas populares, as quais podem incluir a internação de pacientes menores de idade, ou seja, crianças e adolescentes (BRASIL, 2019). Tal direcionamento normativo implica em refletirmos: como seria possível operar o processo de desinstitucionalização reforçando um modelo de internação e de isolamento da pessoa em sofrimento psíquico?

Já a Resolução CONAD nº 1, de 09 de março de 2018, que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), aponta para o tipo de abordagem que deve ser comum aos serviços públicos de saúde mental, conforme se descreve a seguir:

Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes (BRASIL, 2018, p. 128).

Constata-se, a partir do descrito na Resolução CONAD nº 1, que a ênfase passa a se voltar à promoção da abstinência, e não mais a Redução de Danos (RD), cuja diretriz foi regulamentada e aprovada por meio da Portaria de nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Segundo Inglez-Dias et. al. (2014) as estratégias e ações de RD objetivam minimizar os riscos e danos associados ao uso de drogas, mesmo que os usuários não consigam ficar sem seu consumo. Ademais, estudos indicam que os programas de RD levam em consideração o contexto socioeconômico em que estão inseridos favorecendo a constituição de abordagens singulares, diversificadas quanto ao cuidado oferecido (GOMES; VECHIA, 2018). Portanto, a mudança de abordagem não se limita a uma troca de ações, mas consiste na alteração de concepções sobre o sujeito e suas necessidades.

No que se refere ao realinhamento da Política Nacional sobre Drogas é possível perceber que a proposta atual pauta-se na adoção de estratégias e medidas que fortalecem o tratamento na perspectiva da abstinência, em espaços que não priorizam o território, o cotidiano e o contexto de convivência dos usuários de álcool e outras drogas, evidenciando retrocesso.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as resoluções, portarias e legislação pertinentes à Política de Atenção à Saúde Mental, instituídas a partir de 2017, constatou-se que mudanças foram efetivadas, sobretudo no que se refere: a inclusão na RAPS dos hospitais-dia, unidades de referência especializadas em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos

especializados; incentivo ao tratamento ambulatorial, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT); promoção da abstinência como eixo norteador da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, além de abertura para internação de crianças e adolescentes.

Enfatizamos a urgente necessidade de acompanhamento detalhado da implantação das novas estratégias propostas, ao mesmo tempo em que sugerimos que pesquisas avaliativas sejam desenvolvidas com o objetivo de mensurar o impacto de tais estratégias, para que se possa constatar se de fato essas novas medidas representam avanços na atenção oferecida às pessoas em sofrimento psíquico. Por fim, compreendemos que todos os atores envolvidos com a Reforma Psiquiátrica - usuários de serviços de saúde mental, trabalhadores e familiares - devem estar cientes que em tempos difíceis é necessário nos mantermos atentos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BRASIL. Leis e Decretos. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. **D.O.U.**, Brasília (DF), n. 69-E, seção 1, 09 abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **D.O.U.**, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **D.O.U.**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> . Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. **D.O.U.**, Brasília, p. 239, 22 dez. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Nota Técnica Nº 11, de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. ISBN 85-334-0592-8

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: conquistas e desafios. **Revista EPOS**; Rio de Janeiro – RJ, v. 4, n. 2, jul-dez. 2013; ISSN 2178-700X (1-3).

GOMES, T.B.; VECCHIA, M.D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, jul. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>.

INGLEZ-DIAS, Aline et al . Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 147-158, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução Nº 1, de 9 de março de 2018. **D.O.U.**, Brasília, v. 49, p. 128, 13 mar. 2018. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual**: discursiva. 3. ed. Revisada e Ampliada. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.) **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 2ªed. Rio de Janeiro: Vozes e Abrasco, 1990. cap.1, p.15-74.

NOTAS SOBRE SEXUALIDADE: GÊNERO, UMA FALSA QUESTÃO?

Paulo Renato Pinto de Aquino

Mestrando em Saúde Coletiva DSC/FCM –
UNICAMP

RESUMO: Gênero só se torna questão se antes abordarmos o tema da sexualidade em Foucault articulada à Canguilhem e Mikolsci em suas ideias de desvio, diferença e norma gerando provocações à discussão do tema. A discussão da sexualidade precede à discussão de gênero. As duas hipóteses acerca da sexualidade em Foucault nos trazem como ainda é atual, a partir de sua obra a “Vontade de Saber”, o predomínio da hipótese repressiva da sexualidade. O presente trabalho pretende explicar, no entanto, sua segunda hipótese: a incitação discursiva. Torna-se indispensável o deslocamento da questão dos dualismos para uma reflexão e patrocínio da inventividade.

PALAVRAS-CHAVE: gênero; sexualidade; diferença

NOTES ABOUT SEXUALITY: GENDER, A FALSE QUESTION?

ABSTRACT: Gender only becomes a question if we first approach the theme of sexuality in Foucault articulated to Canguilhem and Mikolsci in their ideas of deviation, difference and norm generating provocations to the discussion of the

subject. The discussion of sexuality precedes the discussion of gender. The two hypotheses about sexuality in Foucault bring us, as it is still current, from his work the “The Will to Knowledge”, the predominance of the repressive hypothesis of sexuality. The present work intends to explain, however, its second hypothesis: the discursive incitement. It is essential to shift the question of dualisms to a reflection and patronage of inventiveness.

KEYWORDS: gender; sexuality; difference

1 | INTRODUÇÃO

A discussão da sexualidade precede à discussão de gênero. As duas hipóteses acerca da sexualidade em Foucault nos trazem como ainda é atual, a partir de sua obra a “Vontade de Saber”, o predomínio da hipótese repressiva da sexualidade. O presente trabalho pretende explicar, no entanto, sua segunda hipótese: a incitação discursiva. Os movimentos de gênero, em sua maioria, reproduzem a primeira hipótese. O que está em jogo quando tomamos a sexualidade como interna, essencial e natural?

A incitação discursiva da sexualidade põe em reflexão os discursos enquanto saberes que irão, cada vez mais, não só afastar o objeto de estudo, mas alterá-lo incessantemente. A sexualidade não pode ser tomada como simples

problema de “ex-pressão”, mas como uma interioridade para cada sujeito. Sendo assim, Miskolci traz a importância de partirmos de um paradigma de construção histórica do desvio e da norma, uma vez que o que vem sendo reproduzido pelo pensamento hegemônico são formas de racionalizar uma sexualidade produzida a partir de um padrão inventado. Cria-se o padrão para classificar como patológico seus desviantes, nada razoável. Para além disso, Miskolci nos atenta para o novo risco da “hipotética natureza corrompida”, uma vez que o que foi inventado agora é tido como natural.

O movimento LGBTQ+ vem sempre aglutinando novas letras o que sugere apoiar-se na concepção de sexualidade criticada por Foucault. Em última instância e para discussão em roda de conversa, de que forma é possível buscar o caminho da originalidade em termos de sexualidade? Por que sujeitos homoafetivos podem acabar reproduzindo uma lógica de violência, esta historicamente tomada como hegemônica nos heterossexuais? Em que medida podemos promover reflexão e sujeitos críticos a este tema? Para além de práticas de afrontamento, que atitudes e posicionamentos outros são potentes quando sujeitos deslocam-se da posição de vítima? Torna-se indispensável o deslocamento da questão dos dualismos para uma reflexão e patrocínio da inventividade.

2 | DISCUSSÃO

Foucault em “A vontade de saber” traz duas hipóteses acerca desse objeto que, malgrado sua criação em plena década de 70, essas hipóteses continuam atuais.

Para uma sexualidade preexistente em sua essência no interior do sujeito moderno que clama por exterioridade no mundo contemporâneo, mas que, no entanto, encontra obstáculos de inúmeras ordens para aflorar, Foucault diz de uma hipótese repressiva da sexualidade. Defensores dessa perspectiva irão acreditar fielmente que tudo não passa de uma questão de expressão. Expressão que pode ser tomada em sua composição gramatical enquanto substantivo de “ex + pressão” o que nos ajuda na compreensão foucaultiana de sua tese. O “ex” no sentido do que “deixou de ser” retrata um estado no qual sofríamos pressão externa antes, mas que agora passamos a não viver mais em conflito posto que ao exteriorizarmos nossa sexualidade vencemos a repressão.

A hipótese repressiva da sexualidade é muito bem aceita e difundida devido ao paradigma hegemônico de mundo que concebe tudo como natural. Sendo assim, caso essa hipótese fosse inquestionável e a maioria tivesse razão sobre ela ao reproduzi-la em ato, todos que se afirmassem sexualmente estariam bem resolvidos ou analisados nesse quesito, o que não é verdade.

A segunda hipótese de Foucault que está presente em seu texto em forma de ritornelo (repetição de parte de uma música que em seu contexto produz sensação de diferença, p.ex., ao escutarmos Bolero de Ravel notamos diferença na repetição de seus compassos) é de maior dificuldade de compreensão, é a hipótese da incitação

discursiva da sexualidade. Foucault irá chamar de “discursos” o conjunto de numerosos saberes que tentam dar conta do objeto através do esforço positivista de pensamento. Ao tratar um objeto como dado na natureza, esses saberes inventam detalhes cada vez mais sofisticados (de sofista) sobre ele esquecendo que ao fazer isso também deslocam o objeto para uma nova posição, na verdade, mudam o objeto e não conseguem conceber que no lugar de descoberta da sexualidade temos invenção de inúmeras sexualidades ou uma muito bem parecida com o monstro de Frankstein.

A hipótese da incitação discursiva da sexualidade critica os especialismos e como quanto mais discursos aparecem para tentar dar conta do objeto sexualidade menos sabemos do que se trata. Partindo dessa perspectiva, podemos entender, então, que sexualidade se dá e se produz como múltipla. Podemos dizer que existem tantas sexualidades quanto o número de habitantes no planeta.

A construção de diferenças sociais entre sexo e gênero exige um esforço de combinação entre sexualidade e concepção histórica da normalidade. Sendo assim, dois autores são notáveis para essa discussão: Canguilhem (médico desistente de sua prática reprodutora de biopoder, escreveu seu livro “O Normal e o Patológico”) e Miskolci (cientista social de pós-graduação da UFSCAR que tem em seu artigo o título “Do desvio às diferenças”).

Problemas sociais começam a preocupar países europeus no final do século XIX e onde o saber médico-científico era predominante, também preponderava uma preocupação: por que tratamentos para comportamentos desviantes ainda não foram descobertos? Miskolci vai nos dizer que é a partir dessa questão dos problemas sociais que emerge uma ciência da normalidade e seus desvios, mas que, no entanto, torna-se necessário “o estudo histórico da normalidade e do desvio social” (MISKOLCI, 2005 p.10).

As questões sociais apontadas não eram novidade, o que era novo era a ascensão da medicina social da época que enquadrava os comportamentos fora do padrão burguês como patológicos.

Miskolci defende que foi com o desenvolvimento das cidades e do urbanismo que se criou um meio social em que práticas antes veladas passaram a aparecer espontaneamente mais. Antes, onde temos o anonimato da cidade pequena, agora lidamos com a explanação da cidade grande em seus espaços. A contagem dos desviantes logo permitiu uma classificação nosológica (ramo da medicina que estuda e classifica as doenças, íntima da taxonomia) dos mesmos e o pensamento predominante era de que não só esses comportamentos eram doentios, mas que também eram inatos.

A medicina começa a racionalizar o espaço familiar em fins do século XVIII, os cônjuges tornam-se reprodutores da norma através do dispositivo de sexualidade que associa essa ordem aos profissionais de saberes científicos prontos (Miskolci, 2005).

Os desvios sociais começaram a ser pautados no que se distanciava do padrão da família burguesa, positivismo de Comte já operando como naturalização de

normalidades onde Canguilhem aponta que essa normalidade só nasce a partir de um juízo de valor daquele que à propõem. (Canguilhem, 1995).

Um risco é apontado por Miskolci que é o do argumento da “hipotética natureza corrompida”, conhecimento científico se esquecendo do seu contexto social.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na discussão da construção das diferenças sociais entre sexo e gênero torna-se necessário equivocar posições e verdades previamente atribuídos ao que se chama de identidade de gênero. Nesse sentido, é mais importante acessar, reproduzir e explicar as inúmeras verdades acerca da sexualidade vindas e advindas dos indivíduos do que descrever e classificar categorias que compõem uma suposta luta de resistência.

A sigla e movimento LGBTQ+, que vem sempre aglutinando uma nova letra, casa com o pensamento hegemônico que ele mesmo tenta criticar. O que está em jogo não é uma questão de identidade e sim do que podemos chamar de uma “heteronormatividade” que se construiu historicamente. O modelo de criação da família burguesa não contempla em si uma busca por originalidade, mas antes o de reprodução de formas de sentir o mundo (estética filosófica) preponderante. A resistência pode se dar de uma forma com pouca reflexão na formação e conformação de subgrupos, um conjunto de isolados, ou sob esforço diário e constante de reflexão sobre nós mesmos.

Sendo assim, torna-se *sine qua non* certo patrocínio da criação e inventividade de todos que deslocam a questão da sexualidade para outro plano de discussão que não o dos dualismos. Inclusão do que fica de fora na discussão hegemônica dos movimentos LGBTQ+ no que tange a experiência e produção cultural de novas formas de se pensar e sentir o mundo, uma questão estética e de *weltanschauung*.

REFERÊNCIAS

CANGUILHEM, Georges. (1995) **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria T. R. de C. Barrocas. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

FOUCAULT, Michel. (1985) **História da Sexualidade I**. Rio de Janeiro, Edições Graal.
_____. (1996) **A Ordem do Discurso**. 10ª edição. São Paulo: Edições Loyola.

MISKOLCI, R. (2005) **Do desvio às diferenças**. Teoria & Pesquisa. Dossiê Normalidade, Desvio, Diferenças. São Carlos, Pós-graduação em Ciências Sociais, p9-42.

O CORPO NA COMUNICAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E A SINGULARIDADE DO ESPECTRO AUTISTA

Marlon Alves de Oliveira

Uniabeu- Rio de Janeiro

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo relatar o acompanhamento em saúde mental, do jovem adulto com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Este que foi desenvolvido através da via do corpo como processo de comunicação e não a comunicação verbal. O acompanhamento ocorreu com atendimentos corporais e a observação dos comportamentos, sons e formas de estar e comunicar com as relações.

PALAVRAS-CHAVE: Espectro Autista, Comunicação e Sensibilização Corporal.

THE BODY IN THE COMMUNICATIONS BETWEEN THERAPIST AND THE SINGULARITY OF AUTISTIC SPECTRUM

ABSTRACT: The present study aimed to follow up on mental health of the young adult with Autism Spectrum Disorder. There follow up came through the way of the body and the observations of behaviors, sounds and way of being communicating in the relationships.

KEYWORDS: Autistic Spectrum, communication, body sensitization

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste trabalho se deu a partir da observação dos usuários com Espectro Autista que chegavam ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os jovens chegavam ao serviço após apresentarem sintomas psicóticos logo após terem completado a maior idade. Ao longo dos dias, as relações do dia-a-dia desses usuários foram observadas com olhar mais sutil, na perspectiva de entender a relação com os familiares e o funcionamento na vida. Ouvir o corpo é ouvir sem crítica e ouvir o que ele realmente quer dizer. Acessar o corpo é revisar e revirar para conhecer pequenas partes de um todo, a fim de dar novos sentidos à vida. O objetivo deste estudo foi descrever outras formas de comunicação para além da verbal, de maneira a dar contrapontos a elementos rígidos do diagnóstico do Espectro Autista, como as dificuldades ou impossibilidades no processo de comunicação e a dificuldade com o toque. Os atendimentos ocorrem semanalmente, em uma sala preparada para atividades corporais e musicais. Contava também com escovas, o processo lúdico e a disponibilidade para o imprevisível.

O contato com a pele era o ponto principal, em função de gerar reações sensíveis e para alcançar esses efeitos, foi utilizado o processo

da escovação com alteração de intensidade dos movimentos quanto das cerdas das escovas. Os encontros aconteciam semanais, dessa forma era possível serem observadas pequenas alterações entre um atendimento e outro, assim como com o relato dos pais passaram a ser mais bem detalhados. A Metodologia utilizada foi a de relato de experiência descritivo com diário de campo para a observação clínica da evolução entre os atendimentos.

RESULTADOS/DISCUSSÕES

A Proposta foi investir na sensibilização do corpo do terapeuta e do usuário para novos encontros com a vida. A partir desses encontros foi possível potencializar suas formas de se expressar de maneira a serem entendidos e respeitados em sua singularidade. Os atendimentos ocorrem a partir das ideias de Lygia Clark, Klauss e Angel Vianna que possibilitaram apostar nos encontros entendendo como sendo único, assim como o seu processo de vida precisava ser considerado em cada encontro. Foi possível testemunhar o processo da comunicação em que os indivíduos demonstraram seus desejos e defendem da sua maneira aquilo que querem ou o que não querem. Foi percebido mudança no convívio social com os familiares, de maneira que os pais puderam dizer de outro lugar sobre o dia-a-dia de seus filhos. Dizia-se agora de um lugar onde era sentido o que dizia um olhar, um gesto ou um balbuciar. Foi possível perceber a relação de afeto com a comunicação pelos sorrisos, pelo brilho no olhar e não mais pela comunicação verbal, elemento que se apresentava na relação com entrave que gerava a frustração de ambas as partes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolvimento deste trabalho foi possível perceber os avanços a partir do encontro entre terapeuta e usuário, assim como o estímulo da observação mais delicada dos pais. Foi visto que é possível ser um facilitador entre as relações, de modo à experienciar outras maneiras de estar na vida, indo na contramão do processo cultural acelerado onde não se tem mais tempo para a passagem em outros tempos que não o imposto pelo convívio social. É preciso estar em outro tempo para sentir pequenas sutilezas que não são ditas e que perdem seu valor por não serem vistas! Este experimento serviu para salientar a importância de pequenas pausas para a observação de novos elementos no processo de comunicação como fator determinante para a diminuição do processo de exclusão para com alguns.

SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Larissa Felcar Hill

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do
Trabalhador - NEPST, Universidade do Extremo
Sul Catarinense
Criciúma – SC

Willians Cassiano Longen

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do
Trabalhador - NEPST, Universidade do Extremo
Sul Catarinense
Criciúma – SC

RESUMO: **Introdução:** A síndrome de Burnout ou esgotamento ocupacional é um problema social e de saúde pública cada vez mais frequente no meio laboral. O estresse ocupacional ou laboral está relacionado às perturbações psicológicas e ao sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho com alta exigência e demanda de solicitações, que excedem as capacidades do trabalhador. **Objetivo:** Este estudo tem como finalidade apresentar uma revisão sobre a síndrome de Burnout e seus aspectos, visando difundir conhecimentos sobre a mesma. **Métodos:** foi realizada revisão bibliográfica literária utilizando-se as bases de dados. **Resultados:** Na literatura verificou-se que a prevalência é maior em profissionais que lidam diariamente com pessoas, sendo as más condições trabalhistas e sobrecarga ocupacional os

principais fatores de risco para desenvolver a síndrome. O indivíduo acometido costuma apresentar fadiga e irritabilidade, que podem estar associadas a ansiedade e depressão. Como tratamento, a mudança no estilo de vida, associada a terapia e organização profissional trazem bons resultados. **Conclusão:** Desta forma, precebe-se a necessidade de prevenção, por meio de ações visando melhoria na qualidade de vida e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional. Saúde Mental.

BURNOUT SYNDROME: A LITERARY REVIEW

ABSTRACT: **Introduction:** The Burnout syndrome or occupational exhaustion is a social and public health problem that is increasingly frequent in the workplace. The physical or workout is related to the psychological and psychic disturbances associated to the work experiences with high demand, that exceed the capacities of the worker. **Objective:** This study aims to present a review about a burnout syndrome and its functions, aiming to disseminate knowledge about it. **Methods:** a bibliographic review was done using the databases. **Results:** In most professionals dealing with daily life, they are the main ways of working and burdening the

main risk factors for the development of a syndrome. The accompanying individual is usually fatigued and irritable, which may be associated with anxiety and depression. As a treatment, a lifestyle associated with a therapy and professional organization bringing good results. **Conclusion:** Furthermore, it is important to prevent the disease through actions aimed at improving the quality of life and the physical, mental and social well-being of the workers.

KEYWORDS: Burnout syndrome. Occupational Burnout. Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O estresse pode ser definido como deterioração do organismo, que acarreta em alterações psicofisiológicas. O termo é utilizado como sinônimo de frustrações, cansaço, dificuldades, ansiedade, desamparo e desmotivação. O estresse ocupacional ou laboral está relacionado às perturbações psicológicas e ao sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho com alta exigência e demanda de solicitações, que excedem as capacidades do trabalhador (MENEZHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). A síndrome de Burnout, segundo Maslach e Jackson (1981), é uma resposta multidimensional ao estresse crônico relacionado ao trabalho, incluindo exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, ocasionada por excesso de trabalho e os altos níveis de estresse (FUENTE et al., 2015). O Burnout é um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes na sociedade (CAMPOS et al., 2012).

O desenvolvimento da doença é insidioso e costuma não ser reconhecida pelo paciente, que pode apresentar sintomas como astenia, insônia, ansiedade, alterações comportamentais e de humor, sendo comum o isolacionismo, apatia e cansaço emocional (FUENTE et al., 2015; MOREIRA et al., 2009). Há grande correlação com depressão, embora sejam distúrbios distintos que podem acometer o indivíduo concomitantemente (KORCZAK; HUBER; KISTER, 2010; MURCHO; JESUS; PACHECO, 2010). A prevalência é maior em jovens, devido à pouca experiência profissional e a falta de habilidade em lidar com o estresse laboral, e em mulheres, que são mais propensas a exaustão emocional (SIMÕES; BIANCHI, 2017). Os desencadeantes frequentemente evidenciados na atividade laboral são baixa remuneração, jornadas longas, complexidade dos procedimentos, conflitos com colegas e falta de recursos pessoais e materiais (VASCONCELOS et al., 2017). Dentre as profissões de risco estão aquelas com alto nível de estresse e relacionamento com o público, tendo como exemplo professores, policiais, servidores públicos, médicos, enfermeiros e estudantes (CAMPOS, 2017). Este estudo tem como finalidade apresentar uma revisão sobre a síndrome de Burnout e seus aspectos, visando difundir conhecimentos sobre a mesma.

2 | A SÍNDROME NO MUNDO

Em maio de 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a síndrome como uma doença crônica relacionada ao labor na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Não se sabe ao certo a prevalência de Burnout na população mundial, entretanto, estima-se que 40% dos profissionais que mantêm relação direta com outras pessoas experienciam elevados níveis de estresse. São exemplos os policiais, bombeiros, profissionais da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos (CAMPOS, 2017).

3 | FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME

As variáveis do trabalho e o contexto organizacional são os principais desencadeantes de Burnout, porém algumas variáveis de personalidade mostraram padrões correlacionais consistentes. A idade avançada, embora pareça estar associada com menor prevalência de Burnout, é confundida com a quantidade de anos de experiência laboral (CARLOTTO, 2009).

No campo do trabalho, associa-se com a falta de organização, má gestão, excesso de burocracia, comunicação deficitária, rotatividade de funcionários e mudança frequente nas normas do serviço, gerando insegurança e grande esforço adaptativo. Esses aspectos acarretam em redução da produtividade e redução de cumprimento de metas, o que deixa o profissional sobrecarregado, culminando em um ciclo vicioso (MASLACH; LEITER, 2016).

Os fatores ambientais incluem um ambiente com excesso de ruídos e máquinas quebradas, má iluminação, ventilação escassa, níveis precários de higiene, bagunça, desordem e não uso de ergonomia. Além do mais, ausência de treinamentos, curso e instruções aos profissionais prejudicam o desempenho adequado da função do colaborador.

Quanto aos fatores individuais, há evidências de que as pessoas que exibem comportamentos de competitividade, necessidade excessiva de controle, pessimismo, solidão, baixa autoestima, são mais propensas à exaustão e esgotamento. Outra característica importante é o excesso de expectativas e dificuldade de lidar com frustrações, além de personalidade que acredita ser benéfico se sobrecarregar de tarefas por acreditar serem oportunidades únicas (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Constata-se que as relações demográficas são fracas, contribuindo com a visão de que o ambiente de trabalho é mais importante do que as características pessoais no desenvolvimento do Burnout.

4 | IDENTIFICANDO OS SINTOMAS

O indivíduo acometido pela moléstia encontra-se frequentemente esgotado, com astenia e labilidade de humor. É comum haver alterações no padrão de sono, fadiga crônica, altos níveis de estresse, irritabilidade, tensão muscular e dores osteomusculares. Verifica-se o envolvimento integral com o emprego e sentimento de desvalorização nesse, limitação das atividades diárias devido à chorosidade e sentimento de menos valia, associado à exaustão, baixo grau de realização pessoal e despersonalização (BAPTISTA et al., 2017).

Pode haver associação com distúrbios psiquiátricos, que podem ser desencadeados ou agravados pelo Burnout. As principais comorbidades são transtorno de ansiedade e transtorno depressivo, ademais, alguns autores consideram a síndrome como uma variação da depressão (TIRONI, 2016).

Estima-se que seu desenvolvimento seja paulatino, embasado em três fase. A primeira consiste em aumento de demanda, desencadeando sobrecarga laboral e estresse. Na segunda fase, o operário irá aumentar estratosféricamente seu esforço para ajustar-se à demanda, ocorrendo fadiga, ansiedade e irritabilidade. Isso impõe necessidade de adaptação emocional. Já no terceiro estágio, ocorre o enfrentamento defensivo, como um mecanismo de defesa, o trabalhador irá se isolar, distanciar emocionalmente (PÊGO, 2016).

São três as dimensões características da síndrome de Burnout - exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (VIEIRA et al., 2006). Na exaustão emocional, o profissional nota não possuir energia suficiente para realizar sua função, muitas vezes ocasionada pela sobrecarga de afazeres e o intenso contato com problemas. A despersonalização está relacionada ao desenvolvimento de frieza e atitudes insensíveis, criando uma barreira para evitar envolver-se, é a desumanização. A reduzida realização profissional leva a pessoa a crer que suas metas profissionais não foram alcançadas, sentindo-se insatisfeita, incapaz, incompetente e com baixa autoestima profissional (CARLOTTO, 2009; VIEIRA et al., 2006).

5 | TRATAMENTO E PREVENÇÃO

A maneira mais eficiente para tratar e prevenir o transtorno é por meio de mudanças no estilo de vida, incluindo hábitos saudáveis como atividade física frequente, alimentação saudável, uso de técnicas de relaxamento com controle respiratório, yoga e meditação. Criar o hábito de fazer pequenas pausas durante a jornada de trabalho para ginástica laboral e cuidar do corpo e mente tem impacto significativo na doença (FUENTE et al., 2015).

Outro pilar do tratamento são as sessões de terapia com psicólogo e acompanhamento com psiquiatra. Em quadros mais graves, pode ser necessário o uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos, que devem ser prescritos por um médico, de

preferência psiquiatra (MOREIRA et al., 2009).

As mudanças no trabalho são de extrema importância, redefinindo e reorganizando incumbências, delegando tarefas. É necessário também, melhorar as circunstâncias laborais e de convivência com os colegas, incluindo aspectos ergonômicos físico, cognitivo e organizacional, melhorando a produtividade e qualidade de vida (MURCHO; JESUS; PACHECO, 2010).

O reconhecimento dos limites de trabalho, cautela com rotina profissional e ambientes favoráveis para o exercício da profissão previnem a doença em questão (CAMPOS, 2017; TIRONI, 2016).

6 | CONCLUSÃO

O Burnout tem sido um tema social e questão de saúde pública importante. A síndrome é considerada um grave processo de decaimento da qualidade de vida do trabalhador, considerando-se suas sérias consequências para a saúde física e mental. Ademais, muitos profissionais de saúde ignoram ou desconhecem o aparecimento síndrome, ampliando a necessidade de divulgação do tema e realização de campanhas em ambientes de saúde como clínicas, USB e hospitais. Pois além de serem profissionais de risco para a moléstia, são esses trabalhadores que fazem o diagnóstico da mesma.

Desta forma, associado ao engajamento à meta do trabalho, é importante haver organização na atividade, seja qual for a profissão, pois o Burnout é um diagnóstico das circunstâncias laborais (SANTOS; SANTOS; LIMA, 2018). São imprescindíveis avaliações do completo bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de múltiplas esferas, assim como a qualidade de vida, para que seja possível diagnosticar precocemente a síndrome de Burnout e intervir de modo eficaz para a completa cura, tanto à nível pessoal, quanto de condições ambientais da labuta (BAPTISTA et al., 2017). Portanto, o reconhecimento dos limites de trabalho, cautela com rotina profissional e ambientes favoráveis para o exercício da profissão previnem a doença em questão (CAMPOS, 2017; TIRONI, 2016).

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M. N. et al. AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO, SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM BOMBEIROS. **Psicologia Argumento**, v. 23, n. 42, p. 47–54, 27 out. 2017.

CAMPOS, F. DE. Síndrome de burnout: uma revisão sistemática. 2017.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Burnout syndrome among dental students. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 155–165, mar. 2012.

CARLOTTO, M. S. A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE E A SÍNDROME DE BURNOUT. **Revista de Psicologia**, p. 14, 2009.

FUENTE, G. A. C.-D. LA et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p. 240–249, 1 jan. 2015.

KORCZAK, D.; HUBER, B.; KISTER, C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. **GMS Health Technology Assessment**, v. 6, 5 jul. 2010.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Burnout. In: **Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior**. [s.l.] Elsevier, 2016. p. 351–357.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & contexto enfermagem. Florianópolis, SC. Vol. 20, n. 2 (abr./jun. 2011), p. 225-233**, 2011.

MOREIRA, D. DE S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1559–1568, jul. 2009.

MURCHO, N. Á. C.; JESUS, S. N. DE; PACHECO, J. E. P. A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: Um estudo empírico com Enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 11, n. 1, p. 29–40, 2010.

PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 171–176, 2016.

SANTOS, J. S.; SANTOS, L. B. P.; LIMA, J. R. DE. SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 10, n. 3, 6 nov. 2018.

SIMÕES, J.; BIANCHI, L. R. DE O. Prevalência da Síndrome de Burnout e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 473–481, 29 mar. 2017.

TIRONI, M. O. S. Burnout em médicos intensivistas: o diagnóstico individual e organizacional. 2016.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 5, p. 223–233, 2007.

VASCONCELOS, E. M. DE et al. Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.

VIEIRA, I. et al. Burnout in psychiatric practice: a case report. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 3, p. 352–356, dez. 2006.

SUICÍDIO NO BRASIL: A COMUNICAÇÃO A SERVIÇO DA SAÚDE

Karolinny Donato Pinto de Oliveira

Acadêmico(a) do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Gabriel Fernandes de Sousa

Acadêmico(a) do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Keli Camila Vidal Grochoski

Acadêmico(a) do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Eveline de Almeida Silva Abrantes

Fisioterapeuta, Doutora, Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

RESUMO: O suicídio consiste em uma grave consequência para o indivíduo que tenta aniquilar seus questionamentos internos de maneira definitiva. Nessa perspectiva, faz-se necessário estudar o panorama atual do suicídio no Brasil, evidenciando as populações mais vulneráveis, para que possam ser traçadas medidas eficazes de prevenção. Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de suicídios no Brasil, no período de 2010 a 2015. Os dados revelaram que 86,5% dos óbitos por suicídio decorreram de lesões autoprovocadas. Observou-se um evidente

aumento na incidência dos óbitos nos maiores de 60 anos. Constatou-se que a frequência nos homens é, aproximadamente, cinco vezes maior que nas mulheres. A maior incidência de suicídio ocorre na região Norte brasileira. A mortalidade por suicídio ainda continua crescendo e é de extrema importância o desenvolvimento de estratégias de comunicação, informação e de sensibilização da sociedade para prevenção do suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Prevenção; Comunicação.

SUICIDE IN BRAZIL: COMMUNICATION FOR THE HEALTH ASSISTANCE

ABSTRACT: Suicide is a serious consequence for the person who attempts to annihilate his internal questions in a definitive way. From this perspective, it is necessary to study the current panorama of suicide in Brazil, highlighting the most vulnerable populations, so that effective prevention measures can be traced. This is a descriptive and quantitative observational study of the number of suicides in Brazil between 2010 and 2015. Data revealed that 86.5% of deaths due to suicide resulted from self-harm. There was an evident increase in the incidence of deaths in those over 60 years of age. It has been found that the frequency in men is approximately five times higher than in women.

The highest incidence of suicide occurs in the Northern region of Brazil. Mortality due to suicide continues to grow and it is very important to develop communication, information and awareness-raising strategies for suicide prevention.

KEYWORDS: Suicide; Prevention; Communication.

INTRODUÇÃO

O suicídio consiste em uma grave consequência para o indivíduo que tenta aniquilar seus questionamentos internos de maneira definitiva. A palavra vem do latim *sui*, “próprio”, e *caedere*, “matar”, e consiste no ato intencional de matar a si mesmo. Pensar em suicídio é se entregar a uma busca incansável dos porquês, ou seja, de dilemas vividos subjetivamente e introspectivamente a tal ponto de culminarem nessa ação contra a própria vida. Refletir sobre suicídio é também analisar o porquê que esse fenômeno tem sido silenciado ao longo dos anos pela sociedade, autoridades responsáveis, profissionais de saúde e familiares, camuflando assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012).

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e segundo o acesso que se tem a eles. Gênero e faixa etária também exercem influência, entre vários outros fatores. Além de sub-registro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSSENS et al, 2011).

Desde 1960, o Brasil tem atravessado uma transição epidemiológica, na qual os óbitos por causas externas estão ascendendo em substituição às doenças infecciosas e parasitárias. A elevação nas taxas de suicídio tem contribuído com essa tendência, sendo essa a terceira causa de óbito na classificação por fatores externos identificados: homicídio (36,4%), óbitos relacionados ao trânsito (29,3%) e suicídio (6,8%) (MACHADO; SANTOS, 2015). Programas e intervenções com o objetivo de prevenir o agravo vêm sendo propostos nos últimos anos e essas ações incluem a melhoria da qualidade de vida dos grupos mais atingidos e a eliminação do estigma em torno do tema.

O desafio da prevenção consiste em identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, entender as circunstâncias que influenciam seu comportamento

suicida e estruturar intervenções eficazes. Nessa perspectiva, faz-se necessário estudar o panorama atual do suicídio no Brasil, evidenciando as populações mais vulneráveis, para que possam ser traçadas medidas eficazes de prevenção.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de suicídios no Brasil, no período de 2010 a 2015. Os dados obtidos foram através do SIM, coletados a partir do banco de dados do DATASUS. Foi utilizado como instrumentos de trabalho o número de suicídios de acordo com a seguinte classificação: faixa etária, sexo e estado civil. No estudo, foram classificadas de acordo com o Grande Grupo CID 10: X70 Lesão autoprovocativa intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocamento, X72-X74 Lesão autoprovocativa intencional por disparo de arma fogo e X80 Lesão autoprovocativa intencional de precipício ou lugar elevado. Os dados de população por residência foram através de dados do IBGE e estimativas de censos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados de 2010 a 2015 revelaram que 86,5% dos óbitos por suicídio decorreram de lesões autoprovocadas (X70-X84) e 13,5% de autointoxicação (X60-X69). Dentre os primeiros, 64,3% foram por enforcamento, 9,4% por armas de fogo, 4% por precipitação de lugar elevado. Foi evidenciado um aumento dos óbitos por suicídio de 20,3% entre os anos de 2010 e 2015. O perfil das pessoas que cometem suicídio no Brasil também varia segundo sexo (Figura 01), estado civil (Figura 02) e faixa etária (Figura 03).

Em relação ao sexo, registraram-se 34.881 óbitos por suicídio no sexo masculino e 6.930 no sexo feminino. Entre os homens, houve aumento de 17,3% e entre as mulheres de 36,2%, no ano de 2015 em relação a 2010. Constatou-se que a frequência nos homens é, aproximadamente, cinco vezes maior que nas mulheres. A diferença entre os gêneros é geralmente atribuída à maior agressividade, intenção de morrer e uso de meios mais letais entre os homens (MACHADO; SANTOS, 2015). No entanto, mostrou-se uma notória elevação na incidência dos óbitos das mulheres comparada a dos homens, a qual pode ser expressa devido a essa ser uma classe vulnerável a maiores taxas de transtornos de ansiedade e depressivos, assim como a um crescente número de casos de violência doméstica (CORREIA et al, 2014).

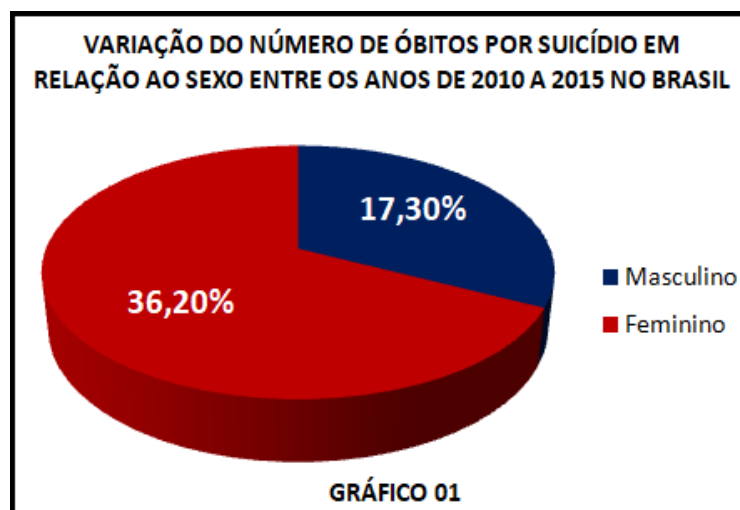


Figura 01. Gráfico mostrando a variação do número de óbitos por suicídio em relação ao sexo.

Constatou-se, em relação ao estado civil, 23.646 óbitos por suicídio nos solteiros, 13.256 nos casados, 1.847 nos viúvos e 3.062 nos separados. Dentre os solteiros, registrou-se um aumento de 20,8%, nos casados de 16,5%, nos viúvos de 24,2% e nos separados de 30,5% no ano de 2015 em relação a 2010. Notou-se um aumento considerável dentre os solteiros, viúvos e separados, em relação aos casados. Isto pode ser elucidado pela exposição ao isolamento social, sendo esse um importante fator de risco para o suicídio (PARENTE et al, 2007).

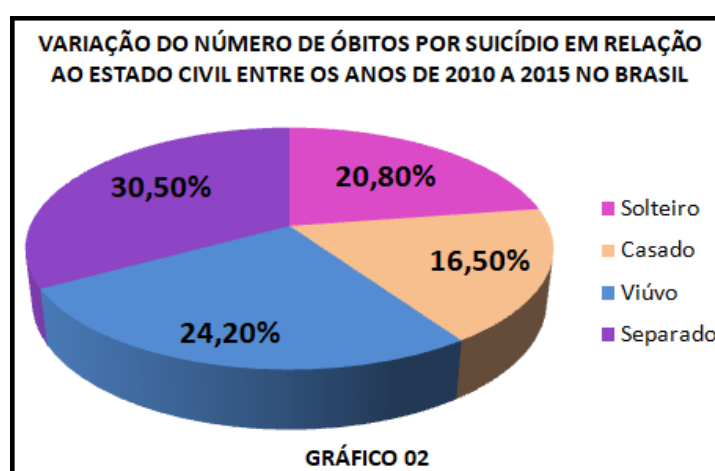


Figura 02. Gráfico mostrando a variação do número de óbitos por suicídio em relação ao estado civil.

Com relação à idade, registraram-se no Brasil, de 15 a 29 anos, 2.946 óbitos por suicídio, 31.835 de 29 a 59 anos e 7.030 em maiores de 60 anos. O aumento ocorreu em todas as faixas etárias, sendo 31,2% no grupo de 15 a 19 anos, 15,2% entre 20 a 59 anos e 41,5% entre maiores de 60 anos. Observou-se um evidente aumento na incidência dos óbitos nos maiores de 60 anos, o que pode ser explicado por um envelhecimento populacional e aumento dos fatores de risco predisponentes ao suicídio, como depressão e outros agravos afetivos (SOUSA et al, 2014).

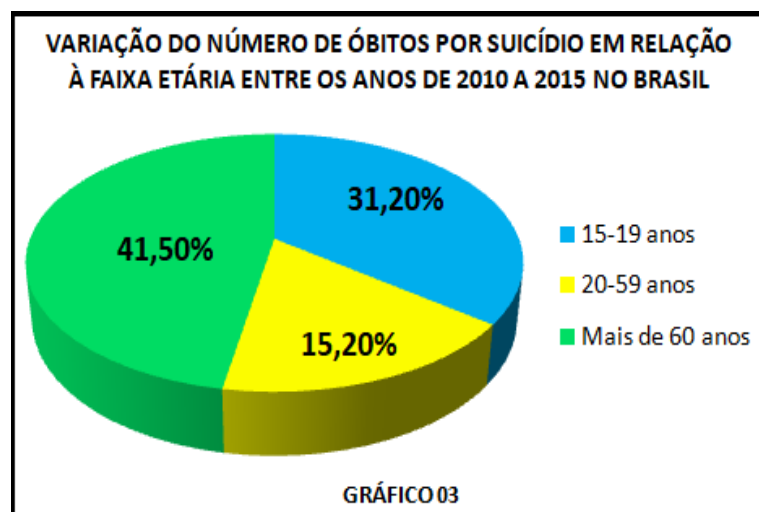


Figura 03. Gráfico mostrando a variação do número de óbitos por suicídio em relação à faixa etária.

Apesar da mortalidade por suicídio crescer no país, as tendências divergem entre as regiões brasileiras como mostra a Figura 04. A maior incidência ocorre na região Norte, com um valor de 10,6 por 1.000.000 de habitantes, e no Sudeste, com 6,4, seguidas por 6 no Centro-oeste, 5,7 no Nordeste e 5,3 no Sul. Mesmo as regiões Sul e Nordeste estarem com taxas de incidência próximas, o Nordeste apresentou um aumento de 24,3% no ano de 2015 em relação a 2010, ao contrário do esperado na região Sul, a qual apresentou apenas 9% de aumento nos anos estudados. Na região Norte, a mortalidade cresceu 42%, evidenciando um significativo aumento entre as outras regiões nesse período.

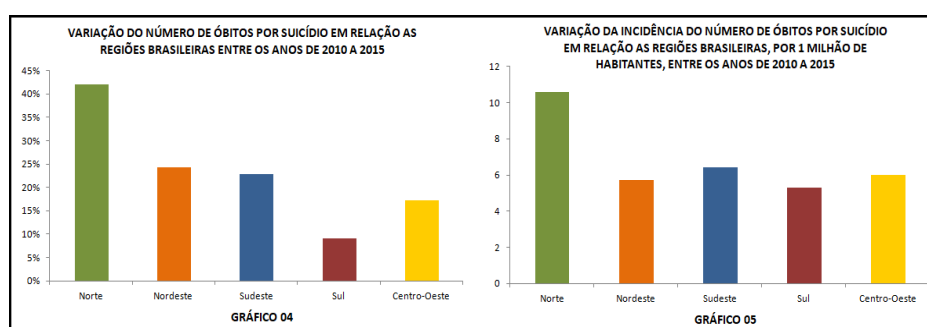


Figura 04. Gráficos mostrando a variação do número de óbitos por suicídio (Gráfico 04) e a variação da incidência do número de óbitos por suicídio (Gráfico 05) relacionados às regiões brasileiras.

Dessa forma, como a tendência da mortalidade por suicídio variou regionalmente, mudanças socioeconômicas e demográficas diversas ocorreram ao longo do período estudado. As regiões Sul e Centro-Oeste tiveram as maiores elevações no índice de envelhecimento (MACHADO; SANTOS, 2015). A cobertura dos CAPS teve aumento significativo na região Sul, em segundo no Norte e em terceiro no Nordeste e Centro-Oeste, entre 2010 e 2014, provando a importância desse instrumento de assistência para a redução da mortalidade por suicídio, visto pela baixa incidência da região Sul

no mesmo período (BRASIL, 2015).

CONCLUSÃO

A mortalidade por suicídio ainda continua crescendo no país, com importantes variações regionais. Há importantes lacunas nos serviços de assistência a saúde, além de desigualdades regionais, e o Brasil ainda carece de programas sociais que trabalhem efetivamente na prevenção do suicídio. Considera-se necessário estabelecer estratégias de prevenção focalizando as populações de maior risco identificadas.

Deve-se estimular a mídia para a divulgação de uma melhor abordagem sobre a prevenção do suicídio, traçando os meios de comunicação mais eficazes, objetivando trazer esclarecimentos para a população dos sinais de alerta de uma pessoa que pensa em tirar sua própria vida, quebrando os tabus existentes, e, acima de tudo, podendo evitar que isso aconteça. É fundamental que o sistema de saúde brasileiro esteja atento a esse problema por ele acarretar consigo diversas outras debilidades que afetam diretamente os familiares e pessoas próximas aos indivíduos que cometem o ato. Portanto, é de extrema importância o desenvolvimento de estratégias de comunicação, informação e de sensibilização da sociedade, de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido.

REFERÊNCIAS

- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, vol. 1, n. 3, p. 181-185, out. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**, ano 10, Nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Outubro de 2015. Acesso em: 26 set. 2017.
- CORREIA, C. M. et al. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2014.
- GOTSENS, M. et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 85, n. 2, p. 163-174, mar./abr. 2011.
- MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2015.
- MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTECA, N. J. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 5, p. 351-359, nov. 2012.
- PARENTE, A. C. M. et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 377-381, jul./ago. 2007.
- SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 389-402, abr./jun. 2014.

SOBRE A ORGANIZADORA

Eliane Regina Pereira: <http://lattes.cnpq.br/0023990232502452>. Psicóloga formada pela Universidade do Vale do Itajaí (1995), com mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007, 2011). Atualmente é docente da Universidade Federal de Uberlândia, no Instituto de Psicologia, integrante do Núcleo de Psicologia Social e da Saúde e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha Processos Psicossociais em Educação e Saúde. Líder do grupo de pesquisa Psicologia, Políticas Públicas e Relações Estéticas (CNPQ). Integra o GT da ANPEPP - A psicologia sócia histórica e o contexto brasileiro de desigualdade social (2017 atual). Atua na área da Psicologia da Saúde, com ênfase em Psicologia Social e nos Processos de Criação em contextos de saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aos serviços 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114

Adicção 9, 167, 171, 173, 174, 176, 178

Adolescente 4, 6, 10, 88, 117, 179, 218, 219, 220, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 238, 239, 295

Álcool 24, 34, 56, 96, 100, 121, 127, 128, 129, 130, 132, 170, 179, 190, 191, 193, 204, 212, 217, 220, 274, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 323

Arteterapia 6, 7, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 270

Atenção Psicossocial 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 38, 39, 43, 48, 49, 51, 53, 56, 57, 82, 84, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 100, 108, 111, 195, 196, 203, 204, 207, 208, 210, 216, 217, 219, 220, 221, 228, 229, 242, 243, 247, 251, 252, 254, 255, 258, 259, 260, 266, 283, 284, 286, 287, 289, 291, 294, 301, 302, 303, 305, 306, 308

Autismo 6, 144, 220, 231, 241

C

Crack 24, 100, 127, 128, 129, 132, 134, 170, 303, 306, 308

Crise 22, 44, 47, 51, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 199, 200, 243, 245, 255, 290, 291

Cuidado infanto-juvenil 218

D

Dependência química 33, 56, 121, 127, 129, 135, 170, 179, 217, 228

Depressão 6, 11, 33, 36, 37, 67, 116, 117, 120, 121, 122, 124, 125, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 172, 174, 179, 180, 183, 184, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 316, 317, 319, 321, 323, 325

Desinstitucionalização 16, 17, 20, 85, 92, 95, 206, 209, 210, 251, 253, 286, 302, 306, 307

Diferença 22, 33, 65, 114, 141, 244, 288, 310, 311, 324

Dispositivo 12, 44, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 200, 251, 257, 283, 303, 312

Distúrbios psicológicos 136

Doença crônica 1, 318

E

Enfermagem 3, 11, 12, 13, 36, 37, 69, 156, 157, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 248, 258, 271, 272, 275, 277, 280, 281, 292, 293, 294, 296, 297, 321, 327

Epidemiologia Descritiva 59

Espectro Autista 230, 232, 314

Estudantes 31, 34, 35, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 214, 248, 260, 271, 272, 275, 276, 277, 279, 280, 292, 298, 317

Estupro 6, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126

Exclusão 3, 16, 50, 55, 57, 87, 89, 207, 216, 274, 278, 302, 315

G

Gênero 6, 4, 5, 6, 64, 69, 89, 112, 125, 126, 310, 312, 313, 323

Gestão em Saúde 147, 149, 156

Grupo 8, 10, 12, 18, 38, 42, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 93, 106, 109, 118, 139, 141, 142, 143, 163, 165, 167, 171, 172, 177, 180, 184, 195, 197, 198, 202, 217, 226, 230, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 263, 265, 271, 277, 278, 285, 288, 293, 294, 324, 325, 328

H

História da Enfermagem 205

I

Ideação Suicida 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 119, 122

L

Loucura 15, 16, 19, 20, 23, 39, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 85, 92, 94, 95, 157, 196, 202, 203, 206, 208, 210, 216, 223, 243, 287, 288, 289, 290, 291, 302, 309

M

Mulheres 30, 59, 63, 67, 76, 80, 90, 91, 112, 116, 117, 119, 126, 138, 143, 144, 167, 170, 171, 172, 174, 176, 178, 179, 180, 188, 189, 317, 322, 324, 327

N

Narrativas 282, 285

O

Oficina 200, 203, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 263, 264, 265, 266, 282, 284, 285

Oncologia Infantojuvenil 1

P

Políticas de Saúde 41, 42, 59, 100, 148, 178, 219, 224, 276, 309

Políticas Públicas 15, 68, 80, 97, 105, 107, 108, 113, 114, 147, 148, 149, 150, 156, 158, 159, 164, 165, 205, 219, 220, 283, 328

Produção de subjetividades 99, 282

Promoção da saúde 2, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 110, 111, 168, 177, 179, 220, 277, 307

Protagonismo 21, 25, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 92, 247, 248, 265, 295
Psicologia 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 57, 58, 81, 95, 97, 117, 125, 126, 127, 129, 133, 146, 171, 179, 180, 194, 195, 203, 204, 216, 227, 229, 230, 234, 241, 248, 259, 261, 265, 268, 269, 270, 272, 275, 284, 287, 288, 289, 320, 321, 328

Q

Qualidade de Vida 3, 34, 67, 99, 100, 109, 111, 115, 135, 137, 139, 140, 141, 143, 145, 148, 149, 168, 170, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205, 209, 215, 254, 272, 276, 280, 296, 316, 320, 323

R

Rede de Atenção Psicossocial 24, 38, 88, 95, 100, 228, 252, 255, 259, 260, 291, 301, 303, 305, 306, 308

Reforma Psiquiátrica Brasileira 17, 20, 39, 82, 91, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 209, 210, 211, 214, 215, 219, 243

Relações Familiares 167, 171

S

Saúde do Idoso 59

Saúde do Trabalhador 147, 149, 152, 153, 154, 155, 157, 316

Saúde Mental 2, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 58, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 128, 130, 138, 143, 145, 167, 171, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 199, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 230, 232, 233, 243, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 264, 266, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 291, 292, 294, 296, 297, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 314, 316, 327, 328, 329, 330, 331, 332

Sensibilização Corporal 314

Serviços de Saúde Mental 23, 39, 42, 48, 50, 56, 58, 85, 227, 280, 286, 308

Sexualidade 57, 126, 235, 236, 310, 311, 312, 313

Sistema Prisional 287, 288, 290, 291

Suicídio 6, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 78, 80, 81, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 138, 175, 275, 305, 322, 323, 324, 325, 326, 327

SUS (Sistema Único de Saúde) 5

T

Terapia Comunitária 6, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 280

Território 17, 39, 40, 44, 45, 47, 62, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100,

101, 104, 105, 131, 197, 200, 242, 243, 244, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 258, 263, 266, 283, 303, 307

Tratamento 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 24, 29, 30, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 53, 54, 55, 109, 111, 113, 124, 127, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 170, 177, 179, 195, 197, 200, 201, 206, 208, 209, 210, 212, 215, 216, 219, 221, 222, 233, 235, 239, 240, 249, 260, 262, 263, 266, 269, 282, 283, 284, 288, 289, 291, 292, 293, 301, 306, 307, 308, 316, 319

V

Violência sexual 116, 117, 120, 121, 126, 233

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-596-9

